




# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NANDA-I, NOC e NIC PARA EMERGÊNCIA HOSPITALAR ADULTO: APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

**Tatiane Félix Barbosa de Queiroz**  
**Priscilla Alfradique de Souza**



Tatiane Félix Barbosa de Queiroz  
Priscilla Alfradique de Souza

# **CONJUNTO DE LIGAÇÕES NANDA-I, NOC e NIC PARA EMERGÊNCIA HOSPITALAR ADULTO: APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM**

Rio de Janeiro  
2025





**Editora chefe**  
Profª Drª Antonella Carvalho de  
Oliveira

**Editora executiva**  
Natalia Oliveira

**Assistente editorial**  
Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**  
Janaina Ramos

2025 by Atena Editora  
Copyright © Atena Editora  
Copyright do texto © 2025 O autor  
Copyright da edição © 2025 Atena  
Editora  
Direitos para esta edição cedidos à  
Atena Editora pelo autor.  
*Open access publication by Atena  
Editora*



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo da obra e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva do autor, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos ao autor, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Os manuscritos nacionais foram previamente submetidos à avaliação cega por pares, realizada pelos membros do Conselho Editorial desta editora, enquanto os manuscritos internacionais foram avaliados por pares externos. Ambos foram aprovados para publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

## **Conselho Editorial**

### **Ciências Biológicas e da Saúde**

- Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
- Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
- Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
- Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
- Prof. Dr. Cláudio José de Souza – Universidade Federal Fluminense
- Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
- Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
- Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
- Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
- Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
- Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
- Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
- Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
- Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
- Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
- Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
- Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
- Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
- Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
- Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
- Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria
- Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
- Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade Federal de Itajubá
- Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

## **Conjunto de ligações NANDA-I, NOC e NIC para emergência hospitalar adulto: aplicação do processo de enfermagem**

**Autoras:** Tatiane Félix Barbosa de Queiroz  
Priscilla Alfradique de Souza  
**Revisão:** As autoras  
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga

### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

Q3 Queiroz, Tatiane Félix Barbosa de  
Conjunto de ligações NANDA-I, NOC e NIC para  
emergência hospitalar adulto: aplicação do processo  
de enfermagem / Tatiane Félix Barbosa de Queiroz,  
Priscilla Alfradique de Souza. – Ponta Grossa - PR:  
Atena, 2025.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-3183-1

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.831252403>

1. Emergências médicas. 2. Enfermagem. I.  
Queiroz, Tatiane Félix Barbosa de. II. Souza, Priscilla  
Alfradique de. III. Título.

CDD 616.025

**Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166**

### **Atena Editora**

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

## DECLARAÇÃO DO AUTOR

Para fins desta declaração, o termo 'autor' será utilizado de forma neutra, sem distinção de gênero ou número, salvo indicação em contrário. Da mesma forma, o termo 'obra' refere-se a qualquer versão ou formato da criação literária, incluindo, mas não se limitando a artigos, e-books, conteúdos on-line, acesso aberto, impressos e/ou comercializados, independentemente do número de títulos ou volumes. O autor desta obra: 1. Atesta não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação à obra publicada; 2. Declara que participou ativamente da elaboração da obra, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final da obra para submissão; 3. Certifica que a obra publicada está completamente isenta de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirma a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhece ter informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autoriza a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação da obra publicada, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. A editora pode disponibilizar a obra em seu site ou aplicativo, e o autor também pode fazê-lo por seus próprios meios. Este direito se aplica apenas nos casos em que a obra não estiver sendo comercializada por meio de livrarias, distribuidores ou plataformas parceiras. Quando a obra for comercializada, o repasse dos direitos autorais ao autor será de 30% do valor da capa de cada exemplar vendido; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), a editora não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como quaisquer outros dados dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia  
no Espaço Hospitalar



Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de  
Nível Superior



Conselho Federal de Enfermagem



Enfermagem e a Saúde da População



·Sistematização da Assistência de Enfermagem,  
Teorias, Taxonomias e Tecnologia

O presente trabalho é produto do mestrado profissional do PPGSTEH/UNIRIO  
através do acordo realizado entre CAPES e COFEN - Edital nº 01/2020.  
Código de Financiamento 001

# ABREVIATURAS E SIGLAS

**AA** - Ar ambiente

**ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**AINE** - Antiinflamatórios não esteroidais

**AVC/AVE** - Acidente vascular encefálico

**AVEi** - AVE isquêmico

**°C** - Graus Celsius

**CIPE** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CD** - Características definidoras

**COVID-19** - Corona Vírus Disease 19

**CN** - Cateter nasal

**CPF** - Cadastro de Pessoa Física

**CPSS** - Cincinnati Prehospital Stroke Scale

**CR** - Classificação de Risco

**DATASUS** - Departamento de informática do SUS

**DCNT** - Doenças crônicas não transmissíveis

**DDD** - Discagem direta à distância

**DE** - Diagnóstico de enfermagem

**DIP** - Doença inflamatória Pélvica

**DL** - Decilitro

**DO** - Declaração de Óbito

**DRC** - Doença renal crônica

**EB** - Escala de Braden

**EC** - Escala de Cincinnati

**ECG** - Escala de coma de Glasgow

**EDF** - Escala de faces

**EHR** - Eletronic health record

**EMR** - Eletronic medical record

**EVA** - Escala visual analógica

**EVF** - Excesso de volume de fluido

# ABREVIATURAS E SIGLAS

**EVF** - Excesso de volume de fluído

**EVN** - Escala visual numérica

**FC** - Frequência cardíaca

**FOUR** - Full Outline of UnResponsiveness

**FR** - Frequência respiratória

**HGT** - Hemogluco teste

**IAM** - Infarto agudo do miocárdio

**IC** - Insuficiência cardíaca

**ICC** - Insuficiência cardíaca congestiva

**IE** - Intervenções de enfermagem

**IMC** - Índice de massa corporal

**IRA** - Insuficiência Respiratória Aguda

**IRAS** - Infecções relacionadas à assistência à saúde

**ITU** - Infecção do trato urinário

**KG** - Kilograma

**LOA** - Lesão de órgão alvo

**LPP** - Lesão por pressão

**MF** - Máscara facial

**MG** - Miligrama

**MM<sup>3</sup>** - Milímetro cúbico

**MMHG** - Milímetro de mercúrio

**NANDA** - North American Nursing Diagnosis Association

**NANDA-I** - North American Nursing Diagnosis Association International

**NIC** - Nursing Interventions Classification

**NIHSS** - National Institute of Health Stroke Scale

**NOC** - Nursing Outcomes Classification

**NNN** - NANDA-I, NOC e NIC

**PA** - Pressão arterial

**PAINAD** - Pain Assessment in Advanced Dementia

**PAM** - Pressão arterial média

**PaO<sub>2</sub>** - Pressão parcial de O<sub>2</sub>



# ABREVIATURAS E SIGLAS

- PAS** - Pressão arterial sistólica
- PE** - Processo de enfermagem
- PBE** - Práticas baseada em evidência
- PEP** - Prontuário eletrônico do paciente
- PFS** - Padrões funcionais de saúde
- RE** - Resultado de enfermagem
- RG** - Registro geral
- RES** - Registros eletrônicos de saúde
- SaO2** - Saturação
- SCA** - Síndrome coronariana aguda
- SG** - Sintomas gripais
- SNE** - Sonda nasoentérica
- SNG** - Sonda nasogástrica
- SPO2** - Saturação periférica de oxigênio
- S-RES** - Sistema de registros eletrônicos de saúde
- SRAG** - Síndrome respiratória aguda grave
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- SSVV** - Sinais Vitais
- SVD** - Sondagem vesical de demora
- STM** - Sistema de classificação de risco
- T** - Temperatura
- TE** - Teoria de enfermagem
- TEMP** - Temperatura
- TEV** - Tromboembolismo venoso
- TICS** - Tecnologia da informação e comunicação em saúde
- TPE** - Terminologias padronizadas em enfermagem
- TVP** - Trombose venosa profunda
- VE** - Ventrículo esquerdo
- VMI** - Ventilação mecânica invasiva

# LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Etapas cíclicas e interrelacionadas do processo de enfermagem.....	04
<b>Figura 2</b> - Escala visual analógica.....	18
<b>Figura 3</b> - Locais anatômicos do corpo humano que possuem proeminências ósseas e susceptibilidade a lesão por pressão.....	20
<b>Figura 4</b> - Lesão por pressão estágio Estágio I - presença de eritema que não embranquece .....	21
<b>Figura 5</b> - Lesão por pressão estágio Estágio II - perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme.....	21
<b>Figura 6</b> - Lesão por pressão estágio Estágio III - perda da pele em sua espessura total.....	21
<b>Figura 7</b> - Lesão por pressão estágio Estágio IV - perda da pele em sua espessura total e perda tissular.....	21
<b>Figura 8</b> - Lesão por pressão não classificável - perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível.....	22
<b>Figura 9</b> - Lesão por pressão tissular profunda - descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente que não embranquece.....	22
<b>Figura 10</b> - Sinal de cacifo ou Godey.....	26
<b>Figura 11</b> - Escala Full Outline of UnResponsiveness (FOUR) segundo domínios e pontuações.....	29
<b>Figura 12</b> - Escala cincinnati.....	30
<b>Figura 13</b> - Fórmula de cálculo do índice de massa corporal.....	31

# LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Proposta de variáveis para cadastro de pacientes que buscam atendimento nas emergências hospitalares adulto.....	10
<b>Quadro 2</b> - Proposta de variáveis na avaliação de enfermagem para emergências hospitalares, de acordo com o primeiro padrão funcional de saúde: percepção e controle de saúde .....	13
<b>Quadro 3</b> - Proposta de variáveis na avaliação de enfermagem para emergências hospitalares de acordo com o segundo padrão funcional de saúde: nutricional-metabólico.....	15
<b>Quadro 4</b> - Escala de Braden, segundo seus fatores de risco e critérios de pontuação.....	20
<b>Quadro 5</b> - Classificação/prioridade, cor da classificação e tempo para atendimento/intervenção no sistema de triagem de Manchester.....	23
<b>Quadro 6</b> - Proposta de variáveis na avaliação de enfermagem para emergências hospitalares de acordo com o terceiro padrão funcional de saúde: eliminações.....	24
<b>Quadro 7</b> - Proposta de variáveis na avaliação de enfermagem para emergências hospitalares acordo com o quarto padrão funcional de saúde: cognitivo-perceptivo.....	27
<b>Quadro 8</b> - Escala de coma de Glasgow segundo variável, respostas, pontuações e reatividade pupilar.....	27
<b>Quadro 9</b> - Proposta de variáveis na avaliação de enfermagem para emergências hospitalare de acordo com o quinto padrão funcional de saúde: autopercepção e autoconceito.....	30
<b>Quadro 10</b> - Valores do índice de massa corporal e suas interpretações.....	32

# LISTA DE QUADROS

**Quadro 11** - Proposta de variáveis na avaliação de enfermagem para emergências hospitalares de acordo com o sexto padrão funcional de saúde: desempenho de papel e relacionamento.....32

**Quadro 12** - Proposta de variáveis na avaliação de enfermagem para emergências hospitalares de acordo com o sétimo padrão funcional de saúde: sexual e reprodutivo.....33

**Quadro 13** - Proposta de variáveis na avaliação de enfermagem para emergências hospitalares de acordo com o oitavo padrão funcional de saúde: resposta e tolerância ao estresse.....33

**Quadro 14** - Proposta de variáveis na avaliação de enfermagem para emergências hospitalares, de acordo com o nono padrão funcional de saúde: crença e valor .....34

**Quadro 15** - Proposta de variáveis na avaliação de enfermagem para emergências hospitalares, de acordo com o décimo padrão funcional de saúde: atividade e exercício .....34

**Quadro 16** - Proposta de variáveis na avaliação de enfermagem para emergências hospitalares, de acordo com o décimo primeiro padrão funcional de saúde: sono e repouso.....35



# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
<b>2. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM .....</b>	<b>09</b>
2.1 1º Padrão Funcional de Saúde: Percepção e controle de saúde.....	13
2.2 2º Padrão Funcional de Saúde: Nutricional-metabólico.....	15
2.3 3º Padrão Funcional de Saúde: Eliminações.....	24
2.4 4º Padrão Funcional de Saúde: Cognitivo-perceptivo.....	27
2.5 5º Padrão Funcional de Saúde: Autopercepção e autoconceito.....	30
2.6 6º Padrão Funcional de Saúde: Desempenho de papel e relacionamento.....	32
2.7 7º Padrão Funcional de Saúde: Sexual e Reprodutivo.....	33
2.8 8º Padrão Funcional de Saúde: Resposta e tolerância ao estresse.....	33
2.9 9º Padrão Funcional de Saúde: Crença e valor.....	34
2.10 10º Padrão Funcional de Saúde: Atividade e exercício.....	34
2.11 11º Padrão Funcional de Saúde: Sono e repouso.....	35
<b>3. CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN (DIAGNÓSTICOS, PLANEJAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM)..</b>	<b>36</b>
3.1 2º Padrão Funcional de Saúde: Nutricional-metabólico.....	37
3.2 3º Padrão Funcional de Saúde: Eliminações.....	58
3.3 4º Padrão Funcional de Saúde: Cognitivo-perceptivo.....	65
3.4 8º Padrão Funcional de Saúde: Resposta de enfrentamento ao estresse.....	73
3.5 9º Padrão Funcional de Saúde: Crença e valor.....	76
3.6 10º Padrão Funcional de Saúde: Atividade e exercício.....	77
<b>4. EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>84</b>
<b>5. CONCLUSÃO.....</b>	<b>85</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>87</b>

# INTRODUÇÃO

## 1. O contexto da emergência hospitalar

As unidades de urgência e emergência hospitalares são locais complexos e essenciais na assistência em saúde, funcionando como uma das principais portas de entrada nos sistemas de saúde (SOUSA et al., 2019; NASCIMENTO; JESUS, 2022).

Esses ambientes são estruturados com vistas a atender os indivíduos em sofrimento intenso ou com risco iminente de morte (GERÔNIMO; MONTELES; GIRÃO, 2020; MORAES; GUILHERME NETO; SANTOS, 2020).

Setores que oferecem esse tipo de serviço recebem grande demanda de pacientes com condições clínicas agudas ou agudizadas, e carecem que seus atendimentos tenham êxito. Para tanto, faz-se necessário profissionais capacitados, capazes de ofertar atendimento célere e resolutivo proporcional ao nível de gravidade, comunicação clara entre a equipe, associada ao melhor atendimento clínico, com eficiência operacional mediante fluxos de trabalho enxutos e ágeis, como também organização para fluidez de atendimentos (SOUSA et al., 2019; NASCIMENTO; JESUS, 2022; MORAES; GUILHERME NETO; SANTOS, 2020)

### 1.1 A enfermagem na emergência

Os profissionais que atuam em emergência hospitalar são em sua maioria da equipe de enfermagem. Portanto, espera-se que eles realizem os registros de forma completa e concisa no prontuário do paciente, independente do formato, eletrônico ou físico, pois completos e direcionados orientam as ações executados de acordo

# INTRODUÇÃO

## 1.1 A enfermagem na emergência

com as condições dos pacientes. Uma vez que a literatura evidencia que essa documentação é escassa, e quando realizadas em sua maioria não possuem sistematização e padronização, resultando fragilidade dos relatórios, perda de informações necessárias, inviabilização da continuidade do cuidado e dificuldade na realização de pesquisas para o desenvolvimento da profissão (GROOT et al., 2019; SILVA et al., 2022; FARIAS et al., 2023).

Por outro lado, registros realizados em tempo hábil, de forma detalhada, completa e correta, possibilitam a comunicação entre membros da equipe assistente, auxiliam em pesquisas que criam modelos preditivos, demonstram a contribuição da enfermagem para a qualidade da assistência à saúde, possibilitam institucionalizar instrumentos com linguagem padronizada, ascendem os escores de qualidade e segurança para o cuidado (SILVA et al., 2022; FARIAS et al., 2023).

O registro desses dados através do processo de enfermagem (PE), instrumento metodológico que direciona a enfermagem ao cuidado com práticas baseadas em evidência (PBE), desencadeia a satisfação do cliente, o gerenciamento direcionado de casos, o fortalecimento do trabalho da enfermagem e fornece subsídios para a integração dos multiprofissionais. Seu modo deliberativo e sistemático permite sua aplicação em todos os cenários que a enfermagem estiver desempenhando cuidados aos indivíduos (SOUSA et al., 2019; NASCIMENTO; JESUS, 2022).

# INTRODUÇÃO

## 1.2 O processo de enfermagem

O PE foi instaurado em 1960 com o pressuposto de que os ambientes onde fosse aplicado seriam dinâmicos, modificados e adequados de acordo com os determinantes da prática assistencial ao longo do tempo. Nessa sequência, foram estabelecidas as gerações distintas do PE: 1ª geração - problemas e processos (1950 a 1970); Segunda geração – diagnóstico e raciocínio (1970 a 1990); e 3ª geração – especificação e teste de resultados (1990 até a presente data). Essas evoluções demonstram que a enfermagem busca alcançar êxito em suas aplicações no contexto assistencial público e privado (ARGENTA; ADAMY; BITENCOURT, 2020).

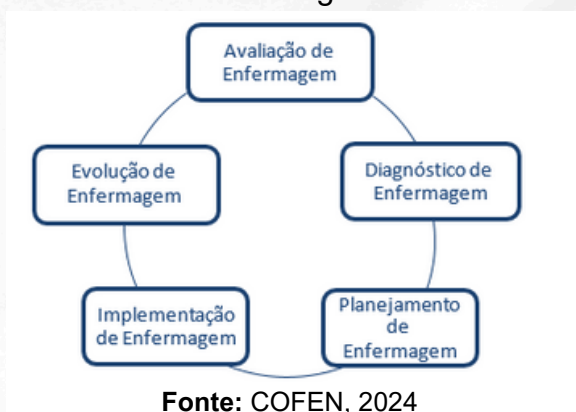
O PE é fundamentado em Teorias e Modelos de Cuidado, Sistemas de Linguagens Padronizadas (SLP), instrumentos de avaliação de predição de risco validados, PBE e estruturas teóricas conceituais e operacionais que fornecem propriedades descritivas, explicativas, preditivas e prescritivas (COFEN, 2024).

Conforme evidenciado na figura abaixo, o PE está estruturado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas (COFEN, 2024).



# INTRODUÇÃO

**Figura 1** - Etapas cíclicas e interrelacionadas do processo de enfermagem



## 1.3 Terminologia padronizada em Enfermagem

A linguagem padronizada vem sendo buscada desde a década de 1970, com o objetivo de organizar e nomear conceitos teóricos e práticos semelhantes que permitam a fluidez no cuidado prestado e a aproximação com conhecimento cientificamente validado e ordenado. Com essa finalidade, foram estabelecidas as terminologias, classificações e taxonomias que incorporam a terminologia padronizada em enfermagem (TPE) (ARGENTA; ADAMY; BITENCOURT, 2020; HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Na enfermagem, a terminologia é um sistema de termos especializados, como os diagnósticos de enfermagem (DE) da NANDA International (NANDA-I), enquanto a taxonomia são técnicas utilizadas para estabelecer um sistema que classifica hierarquicamente os termos em grupos, subgrupos e itens em formato de domínio e classe, a fim de estabelecer uma estruturação e categorização. Por fim, a classificação é um modo

# INTRODUÇÃO

de compreender a realidade, dando nomes a itens, objetos e fenômenos e ordenando-os em categorias (BUTCHER et al., 2018; HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

A compreensão desses termos é fundamental para que se reconheça como é estruturada a exequível comunicação entre os profissionais de enfermagem frente às taxonomias que compõem a TPE. Ressalta-se que as mais utilizadas são a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e o grupo de taxonomias NANDA-I, Classificação dos Resultados de Enfermagem - NOC, e Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC, que compreendem o sistema NNN, sendo esse último o esqueleto axial deste estudo.

A NANDA emergiu em 1982 através da taxonomia I, que posteriormente, em 2000, foi implementada com a taxonomia II, sendo denominada como NANDA-I (BARROS, 2009; HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Ela é composta por DE de problemas reais, de risco, promoção à saúde ou síndrome, que avaliam o estado clínico de um paciente/família/comunidade. Através deles, os enfermeiros são induzidos ao raciocínio clínico, diagnosticando problemas de saúde, estados de risco e prontidão para programas de saúde direcionados a uma situação clínica específica do paciente, por meio de uma avaliação. A versão utilizada nesse constructo é a décima segunda edição (2021-2023), que compreende a aplicação através de três níveis: 13 domínios, 47 classes e 267 DE (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

A NOC consiste na organização sistemática dos resultados que descrevem o estado, o comportamento, percepções ou

# INTRODUÇÃO

sentimentos do paciente que se espera alcançar em resposta ao cuidado que lhe será prestado. A estrutura da taxonomia da NOC em sua sexta edição tem 5 níveis: 7 domínios, 32 classes, 540 resultados, indicadores (condições instaladas a serem alcançadas) e escala de medida (Likert - 1 a 5). Cada RE inclui um título, uma definição e um conjunto de indicadores que descrevem estados, percepções ou comportamentos específicos relacionados com o resultado, escala(s) e referências selecionadas usadas no seu desenvolvimento. Eles podem ser aplicados antes ou após as IE (MOORHEAD et al., 2020).

A NIC classifica os tratamentos a fim de melhorar os resultados da clientela assistida, sendo imprescindível seu embasamento no julgamento clínico e conhecimento do enfermeiro. Sua estrutura é formada por quatro pilares: 7 domínios, 30 classes, 565 intervenções e mais de 13 mil atividades de enfermagem. As IE (são codificadas com foco na manipulação através da informatização) têm um título, uma definição, uma lista de AE (podem ser modificadas de acordo com a necessidade) para executar a IE em ordem lógica, uma linha de fatos da publicação, lista de referências bibliográficas e leituras sugeridas para cada intervenção no final do e-book. Nesta última versão há 7 domínios, 30 classes e 565 IE (BUTCHER et al., 2020).

Essas três taxonomias propiciam a ligação NNN, que norteia as decisões diagnósticas através dos DE, prognóstica em consonância aos RE e terapêutica visando as IE. Eles orientam e impulsionam o enfermeiro em seu raciocínio clínico (estado atual do cliente para um resultado desejado) e tomada de decisão clínica. Elas consolidam de forma clara e coesa a comunicação da enfermagem e os registros de enfermagem, nomeia fenômenos de

enfermagem e contribuem para delimitar os conhecimentos específicos desta classe (MOORHEAD et al.; 2020; BUTCHER et al., 2020; COREN-SP, 2023).

## 1.4 Tipologia dos Padrões Funcionais de Saúde

As 11 categorias dos Padrões Funcionais de Saúde (PFS) de Marjory Gordon nominais foram reveladas em 1982, com o intuito de auxiliar na elaboração dos DE, frente a coleta de dados na anamnese e exame físico (GORDON, 1982).

Cada PFS descreve uma área de interesse na seguinte sequência: 1) percepção e controle de saúde; 2) nutricional-metabólico; 3) eliminações; 4) cognitivo-perceptivo; 5) autopercepção e autoconceito; 6) desempenho de papel e relacionamento; 7) sexual-reprodutivo; 8) resposta e tolerância ao estresse; 9) crença e valor 10) atividade e exercício e; 11) sono e repouso (BITENCOURT et al., 2023).

## 1.5 Informatização do Processo de Enfermagem

Para fortalecer a implantação e/ou implementação do PE, incentiva-se o uso do sistema de registro eletrônico de saúde (S-RES) composto por cinco categorias, entre elas o prontuário eletrônico do paciente (PEP), um acervo documental de informações padronizado e organizado que armazena registros das ações executadas pela equipe multiprofissional envolvida no cuidado assistencial, numa forma processável eletronicamente; e a prescrição eletrônica para cuidados medicamentosos ou não por por responsáveis pelos pacientes, ambos em comum importância



# INTRODUÇÃO

assistencial (NUNES JUNIOR; SILVA; MAGNAGNO, 2021; COREN-SP; 2022; SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE - SBIS, 2023).

O uso do S-RES é conduzido pelo uso da Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde (TICS). Intuições que as utilizam buscam prosperar e ganhar espaço como instituições de saúde/hospitais de alta complexidade, de ensino e pesquisa que buscam prospecção estratégica no que tange a certificações e creditações (SILVA et al., 2019; COREN-SP; 2022).

O cenário existente demonstra inoperabilidade do PE e fragilidade da apresentação do raciocínio clínico do enfermeiro frente às etapas completas dessa ferramenta no contexto assistencial, interferindo na consistência robusta do PE. Portanto, para atender as lacunas desse cenário, foi proposto neste ebook formatações para aplicabilidade do PE.

## 1.6 Proposta de intervenção

Inicialmente para contemplar a avaliação de enfermagem, 1ª etapa do PE, foi proposto questionário com variáveis subjetivas e objetivas com referência aos onze padrões da tipologia dos PFS.

Para atender as etapas intermediárias do PE (diagnóstico, planejamento e implementação de enfermagem) foram dispostos 29 ligações NNN dispostos em seis PFS validados para o hospital referência desta pesquisa.

Por fim, para contemplar a evolução de enfermagem, 5ª etapa do PE, foi realizada uma proposição de avaliação dos RE, seguindo os cinco critérios avaliativos da escala de Likert, conforme dispostos na NOC.



# AValiação de Enfermagem

Para contemplar a primeira etapa do PE, avaliação de enfermagem, foi estruturado um questionário com variáveis subjetivas e objetivas instruídas por técnicas (testes clínicos, escalas de avaliação validadas, protocolos institucionais) sustentadas pelos 11 PFS da tipologia de Marjory Gordon, conforme detalhado abaixo.

## 1.1 Identificação do paciente

A identificação dos pacientes visa proporcionar segurança ao paciente no ambiente hospitalar, minimizando a ocorrência de incidentes e desencadeando maior eficiência e agilidade de procedimentos e informações em tempo hábil (BRASIL, 2023).

As informações referentes a identificação do cliente são fundamentais e contemplam o primeiro PFS (percepção e controle da saúde). Para sua aplicação deve-se conhecer protocolos institucionais, a fim de identificar qual serão os dados coletados e o departamento responsável pelo seu preenchimento. Usualmente essas informações são preenchidas por profissionais da recepção.

Para sua aplicabilidade recomenda-se no mínimo dois dados pessoais entre os listados: nome completo do paciente, nome completo da mãe do paciente, data de nascimento do paciente e número de prontuário do paciente (BRASIL, 2023).

Abaixo consta proposição de dados a serem coletados para identificação do paciente (Quadro 1).

## **Quadro 1** - Proposta de variáveis para cadastro de pacientes que buscam atendimento nas emergências hospitalares adulto.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Data e horário de entrada: ____/____/____ 00:00:00	Número do prontuário:
Nome e sobrenome civil do paciente:	Data de nascimento: ____/____/____
Nome social:	Sexo: ( ) F ( ) M
Nome completo da mãe:	CPF:
Endereço:	RG:
Telefone e nome do responsável/acompanhante:	Telefone: (DDD + número)

**Fonte:** Adaptado do formulário de escuta inicial/triagem do hospital referência desta pesquisa

O preenchimento completo e correto dos dados de identificação subsidiam pesquisas, acionamento familiar e proporciona a instituição reconhecimento do perfil sociodemográfico (BRASIL, 2023).

Outras variáveis importantes para caracterizar a população são escolaridade, profissão, email e dados do plano de saúde (BRASIL, 2023). Esses dados devem ser sigilosos e tratados com transparência, mantendo o uso exclusivamente no contexto assistencial de saúde, de forma que siga as exigências da Lei Geral de Proteção de Dados (BRASIL, 2018).

Outra informação que carece de cuidado é o direito do cidadão ao atendimento pelo nome social, o que deve ser questionado a todos os pacientes que forem admitidos nos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

O profissional que atua na recepção deste setor deverá registrar as informações conforme constam no documento pessoal dos indivíduos, com olhar atento a possíveis erros ortográficos e dados errôneos, pois essas informações embasam etapas

assistenciais e administrativas (SAUER, 2018; BRASIL, 2023).

Após localização do prontuário ou cadastro no sistema, recomenda-se que os pacientes recebam uma pulseira de coloração branca que contenham os dados pessoais, a fim de proporcionar segurança frente às ações que serão realizadas a estes. Ela deverá ser posicionada em um dos membros superiores do usuário ou de acordo com o protocolo institucional, levando em consideração as particularidades de cada indivíduo (BRASIL, 2023).

Para mais informações sobre a identificação do paciente, aponte a câmera do seu celular para o QR code ao lado:



## Acolhimento inicial dos pacientes pelos enfermeiros

Os recepcionistas geralmente são profissionais de nível médio e, quando inseridos no contexto assistencial de saúde, como, por exemplo, nas emergências hospitalares, são desafiados quanto à compreensão do estado de gravidade que os pacientes apresentam. Nessa vertente, incentiva-se que após abertura do prontuário os pacientes sejam encaminhados para o consultório de enfermagem para realização da classificação de risco (CR) ou imediatamente à chegada, sempre que necessário. Esse fluxo visa início das intervenções em tempo hábil (SAUER, 2018).

Essa personalização está pautada nas necessidades dos indivíduos, que por vezes não podem suportar o tempo decorrido desde sua entrada até o início das intervenções apropriadamente ditas.

Essa personalização está pautada nas necessidades dos indivíduos, que por vezes não podem suportar o tempo decorrido desde sua entrada até o início das intervenções apropriadamente ditas.

Essa afirmação é sustentada por uma pesquisa realizada em Pernambuco que evidenciou o tempo médio de espera do cadastro até o início da CR de 21 minutos, classificação com média de 5 minutos e o atendimento médico variou entre 3,5 e 50 minutos (FIGUEIROA et al. 2017).

Se somarmos esses tempos, percebe-se que um paciente considerado emergência poderia ter como resultado um prognóstico ruim devido à demora no primeiro atendimento.

Todavia, se adotado o modelo de CR prévio, é importante que haja preocupação sobre como garantir que o cadastro do paciente seja realizado ou atualizado. Portanto, segue abaixo algumas hipóteses elencadas:

Se o paciente estiver sozinho, sem acompanhante:

- Realizar as anotações pré-cadastrais em tempo real (hora de entrada, nome completo, data de nascimento, nome completo da mãe, CR e outras informações pertinentes) em formato manual ou em campo específico no PEP, conforme liberação no sistema;
- Realizar as anotações pré-cadastrais em tempo real (nome completo, data de nascimento, nome completo da mãe, CR e outras informações pertinentes) em formato manual ou em campo específico no PEP (que permita vincular posteriormente ao atendimento) e, na saída do paciente, encaminhá-lo à recepção para a finalização;



# AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Possibilitar o cadastramento de forma itinerante - deslocando-se até o paciente quando estiver estabilizado.
- Captar o documento do paciente e entregá-lo à recepcionista, oportunizando o cadastro/atualização em momento simultâneo ao acolhimento e classificação de risco.

Se o paciente estiver acompanhado:

- Direcionar o acompanhante para a recepção enquanto se realiza a abordagem inicial com o paciente.
- Essa análise deve ser feita criteriosamente para avaliar os impactos nos registros da equipe e nos indicadores que subsidiam a qualidade do atendimento oferecido.

A coleta de informações sobre o motivo da procura do indivíduo a emergência hospitalar busca conhecer seu processo de saúde-doença,, direcionado por questionamentos sobre doenças prévias, medicações em uso e acompanhamento desses agravos.

A partir deste momento, a coleta de dados dos pacientes será detalhada por PFS, etapas exequíveis pelo profissional enfermeiro.

## 1º PFS: Percepção e controle de saúde

**Quadro 2** - Proposta de variáveis na avaliação de enfermagem para emergências hospitalares de acordo com primeiro padrão funcional de saúde: percepção e controle de saúde.



# AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

## 1º PADRÃO FUNCIONAL DE SAÚDE: PERCEPÇÃO E CONTROLE DE SAÚDE

<b>Doenças Prévias e Atuais:</b> ( ) Nega qualquer doença ( ) IAM. Se angioplastia, quantas? _____ Quantos stents? _____ ( ) Insuficiência cardíaca ( ) Doença Renal ( ) AVC Prévio ( ) Parkinson ( ) Câncer ( ) Hipertensão ( ) Arritmia ( ) Cardiopatia ( ) Doença Hepática ( ) Ansiedade ( ) Epilepsia ( ) Diabetes ( ) Tem marcapasso ( ) Asma/Bronquite/DPOC ( ) Doença Hematológica ( ) Depressão ( ) Obesidade ( ) Dislipidemia ( ) Doença de Chagas ( ) Imunossupressão ( ) Alzheimer ( ) Hipotireoidismo ( ) Outras: _____
<b>Medicamentos em uso</b> (relacionar nome, mg e quantidade): _____ (Ex.: Losartana mg 1-0-1)*
<b>Medicamentos em uso</b> ( ) Antihipertensivos ( ) Anticoagulantes ( ) Hipoglicemiantes Orais ( ) Antidepressivos ( ) Antiarrítmicos ( ) Antiagregantes ( ) Insulina ( ) Ansiolíticos ( ) Hipolipemiantes ( ) Corticóides ( ) AINE's ( ) Quimioterapia ( ) Inibidores da bomba de prótons ( ) Outros: _____ ( ) Nega uso de medicamentos
<b>Acompanhante?</b> ( ) Não ( ) Sim. Se sim, quem? _____ Grau de parentesco: _____

**Legenda:** \* quantidade prescrita para ingesta manhã - tarde - noite

**Fonte:** Adaptado do formulário de triagem do hospital referência desta pesquisa.

O conhecimento das comorbidades influi no direcionamento da investigação e planejamento de cuidados, que pode ser realizada por meio de questionamento direto, ausculta qualificada e demonstração de dados físicos como caixas de remédios e listagens de medicações.

O público que busca as emergências hospitalares referem recorrentemente acometimento por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como as cardiovasculares - hipertensão arterial sistêmica (HAS), insuficiência cardíaca (IC), acidente vascular encefálico (AVE) e diabetes mellitus (DM). Na anamnese os indivíduos com esses relatos apresentam fatores modificáveis como, obesidade/sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, alimentação inadequada, e os não modificáveis (sexo, idade, genética, etnia). Contudo, apesar de serem frequentes, são subnotificadas, o que contribui para internações e/ou óbitos (LIMA et al., 2019; BARROSO et al., 2020; FERRO et al., 2021; BORGES et al., 2023).

Pacientes que vivem com essas alterações possuem maior risco para outros acometimentos como a reincidência de AVE, crises

hipertensivas e oscilações glicêmicas, que, a longo prazo, podem resultar em lesões em outros órgãos-alvo (LOA) (FERRO et al., 2021).

As classes medicamentosas mais registradas nas emergências são salicilatos, estatinas, anti-hipertensivos e inibidores da bomba de prótons. Todavia, uma das dificuldades encontradas nesses setores é o desconhecimento dos pacientes sobre as medicações que fazem uso, corroborando a incipiência de informações que denotam estabelecimento de condutas que influenciam na frequência da admissão nesses setores (ALBUQUERQUE et al., 2018; FERRO et al., 2021).

Quanto ao acompanhante, é uma observação necessária a ser realizada nesses recintos, pois visa atender ao direito do paciente de ser assistido por terceiros em internações nos diversos setores, consultas e exames (BRASIL, 2009).

A presença desse indivíduo contribui para o processo de trabalho da enfermagem em atividades de baixa complexidade e fornece suporte emocional para auxiliar o paciente durante sua estadia (BRITO et al., 2020).

## 2º PFS: Nutricional-metabólico

**Quadro 3** - Proposta de variáveis na avaliação de enfermagem para emergências hospitalares de acordo com segundo padrão funcional de saúde: nutricional-metabólico.

# AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

## 2º PADRÃO FUNCIONAL DE SAÚDE: NUTRICIONAL-METABÓLICO

### Sinais Vitais:

**PA.:** \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg **FC:** \_\_\_\_\_ bpm **Temp.:** \_\_\_\_\_ °C **Resp.:** \_\_\_\_\_ irpm **SPO2.:** \_\_\_\_\_ % ( ) AA, ( ) CN, litros: \_\_\_\_\_/min ( ) MF, litros: \_\_\_\_\_/min ( ) ventilação mecânica ( ) traqueostomia ( ) outros dispositivos vias aéreas: \_\_\_\_\_ **HGT.:** \_\_\_\_\_ mg/dl ( ) jejum ( ) pré-prandial ( ) pós-prandial **Escala visual de dor (EVA):** \_\_\_\_\_/10

**Via alimentação:** ( ) oral ( ) SNG/SNE ( ) gastrostomia ( ) parenteral

**Avaliação oral:** ( ) agenesia ( ) prótese dentária ( ) aparelho ortodôntico móvel/fixo

**Ingesta hídrica:** ( ) presente ( ) ausente **Última refeição:** \_\_\_\_\_ (estimar horário)

**Situação da pele:** ( ) hidratada ( ) desidratada ( ) equimose ( ) hematomas **Lesão por pressão:** ( ) ausente ( ) estágio I ( ) estágio II ( ) estágio III ( ) estágio IV **Acesso intravenoso:** ( ) central ( ) periférico ( ) **Local:** \_\_\_\_\_

**Ingere bebida alcoólica:** ( ) Não ( ) Sim. Se sim, com que frequência? \_\_\_\_\_

**Tabagismo:** ( ) Não ( ) Sim. Se sim, quantos por dia? \_\_\_\_\_

**Modo de entrada:** ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca ( ) Deambulando com auxílio ( ) Deambulando sem auxílio

**Alergia Medicamentosa:** ( ) Não sabe ( ) Não ( ) Sim. Se sim, especificar: \_\_\_\_\_

**Queixa principal/Motivo:** \_\_\_\_\_ **Discriminador STM:** \_\_\_\_\_

**Nível de Urgência:** ( ) Emergência ( ) Muito urgente ( ) Urgente ( ) Pouco Urgente ( ) Não urgente

**Legenda:** PA - pressão arterial, mmHg: milímetro de mercúrio, FC - frequência cardíaca, BPM - batimento por minuto, Temp - temperatura, resp: respiração, IRPM - incursoes por minuto, SPO2 - saturação, AA - ar ambiente, CN - cateter nasal, MF - máscara facial, HGT - hemoglutoteste, mg - miligrama, dl - decilitro, SNG - sondanasogástrica, SNE - sonda nasoenteral

**Fonte:** Adaptado do formulário de triagem do Hospital do Coração de Goiás, 2021

Os atendimentos nesses setores são geridos, em grande parte, pelos resultados evidenciados nas aferições dos sinais vitais (SSVV). Portanto, para que as medidas sejam idôneas, é necessário se atentar às características que definem as alterações (BRASIL, 2011; BARROSO et al. 2020; DANTAS, 2022; SÁNCHEZ-MARTÍNEZ et al., 2023; ATS, 2023).

## Para todas medidas

- Anamnese/Exame físico;
- Fatores de risco;
- Interpretação de valores;
- Registro de valores no prontuário;

## Pressão arterial (PA)

- Dimensões do manguito de acordo com a circunferência do membro;

# AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Cuidados frente às particularidades da aferição de PA;
- Valores de classificação da pressão arterial;
- Medicações em uso e seus respectivos horários;

## **Saturação (SaO<sub>2</sub>) e frequência cardíaca (FC)**

- Confirmar o funcionamento do oxímetro;
- Certificar-se da leitura adequada;
- Ausculta das bulhas;
- Conhecer os dispositivos de baixo e alto fluxo de oferta;
- Conhecer como são instalados e como manuseá-los;
- Saber manusear o ventilador mecânico;
- Cuidados com traqueostomia e tenda;

Obs.: Se necessário, fazer a contagem da FC de forma manual.

## **Temperatura (T)**

- Conhecer os locais corporais nos quais a aferição pode ser feita;
- Identificar os fatores que estão promovendo hipotermia ou hipertermia;

## **Frequência respiratória (FR)**

- Compreender como funciona a fisiologia pulmonar;
- Realizar a contagem da FR e classificá-la;

## **Glicemia capilar/Hemoglutoteste**

- Reconhecer o horário da última refeição;
- Estar ciente dos sinais de hipoglicemia e hiperglicemia;
- Verificar a disposição dos materiais e o funcionamento



do glicosímetro;

- Coletar de acordo com a técnica adequada;
- Identificar as medicações em uso;

## Monitor multiparamétrico

- Confirmar as manutenções;
- Saber manuseá-lo;
- Configurá-lo para sinalizar dados alarmantes.

## Escala de dor

A dor é subjetiva e está associada a processos crônicos e invasivos que desencadeiam alterações fisiológicas, déficits cognitivos e alterações no sono. Sua mensuração é realizada por meio das descrições dos pacientes utilizando a Escala Visual Numérica (EVN), Escala de Descritores Verbais, Escala de Faces (EDF), Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD), Questionário de DN4 (um questionário de diagnóstico de dor neuropática), Breve Inventário de Dor e Escala Visual Analógica (EVA). Fica a critério da instituição o modelo a ser adotado, sendo a EVA a mais utilizada (OLIVEIRA; ROQUE; MAIA, 2019).

**Figura 2 - Escala visual analógica**



Fonte: Google Imagens



## Via de alimentação

Busca conhecer a caracterização da deglutição, que quando não ocorre via oral, demonstra disfagia, agenesia dentária parcial ou total, lesões orais, possível nível de consciência alterado, sendo orientado para terapia nasoenteral (COFEN, 2019).

Quanto às sondas enterais, é necessário investigar rupturas, obstruções, mau funcionamento e tempo de inserção (UNAMUNO; MARCHINI, 2002).

Nas gastrostomias, avalia-se tração acidental, sangramento local, obstrução do tubo, extravasamento de conteúdo gástrico, retirada acidental e sinais de infecção (SOUZA et al., 2021).

A observação das próteses dentárias e aparelhos ortodônticos móveis ou fixos visa orientar e evitar o risco de perda e engasgo, uma vez submetidos à sedação e ventilação mecânica (FONSECA et al., 2019).

## Ingestão alimentar e hídrica

O conhecimento desses parâmetros direciona a interpretação do desenvolvimento do agravo que o paciente refere (cefaleias, desidratação, turgor da pele, ressecamento, risco de lesões) e orienta o momento oportuno para a realização de exames de imagem com infusão de contraste, quando necessário (MENDES et al., 2021).

## Avaliação pele

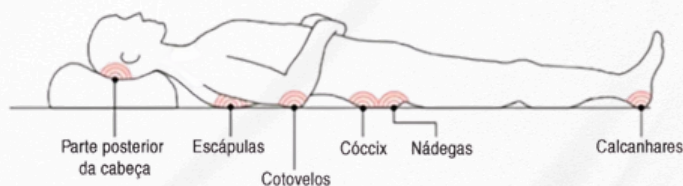
Nesse exame físico da pele, busca-se investigar situações das

# AValiação DE ENFERMAGEM

camadas da pele, seus anexos, lesões oriundas de procedimentos cirúrgicos, hematoma/equimose e eritema, ressecamento da pele, descamação da pele e lesões por pressão (LPP).

No tocante à LPP, os enfermeiros precisam conhecer a anatomofisiologia humana, etiologias, manejo, características, coberturas e período de troca, uma vez que é este profissional responsável pelo tratamento e prescrições dela (COSTA et al., 2021). Nesse panorama, a figura abaixo demonstra locais com proeminências ósseas susceptíveis ao surgimento de LPP:

**Figura 3** - Locais anatômicos do corpo humano que possuem proeminências ósseas e susceptibilidade a lesão por pressão.



**Fonte:** Campos; Pinheiro (2021)

Reconhecendo-os, é orientado o uso da Escala de Braden (EB) que avalia o risco de LPP (JANSEN; SILVA, MOURA, 2020). Esse instrumento é passível de aplicação no setor de emergência devido a ser uma escala curta, rápida e direcionadora.

**Quadro 4** - Escala de Braden, segundo seus fatores de risco e critérios de pontuação.

VARIÁVEIS/PONTUAÇÃO	1	2	3	4
<b>Percepção sensorial</b>	Totalmente limitada	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
<b>Umidade</b>	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
<b>Atividade</b>	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
<b>Mobilidade</b>	Totalmente imóvel	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
<b>Nutrição</b>	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
<b>Fricção e Cisalhamento</b>	Problema	Problema potencial	Nenhum problema	

Fonte: Adaptado de Brasil, 2011.

A EB pontua em grupos de classificação da seguinte forma:

**Risco muito elevado:** 9 pontos

**Risco elevado:** entre 10 e 12 pontos

**Moderado:** entre 13 e 14 pontos

**Baixo risco:** entre 15 e 18 pontos.

No caso de LPP, é necessário classificá-las quanto aos estágios:

**Figura 4 - Lesão por pressão Estágio I** - presença de eritema que não embranquece



Fonte: Feridas Crônicas, 2020

**Figura 5 - Lesão por pressão Estágio II** - perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme



Fonte: Feridas Crônicas, 2020

**Figura 6 - Lesão por pressão Estágio III** - perda da pele em sua espessura total



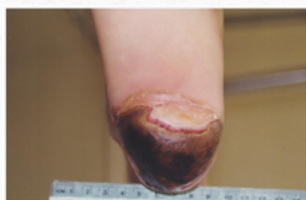
Fonte: Feridas Crônicas, 2020

**Figura 7 - Lesão por pressão Estágio IV** - perda da pele em sua espessura total e perda tissular



Fonte: Feridas Crônicas, 2020

**Figura 8** - Lesão por pressão não classificável - perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível



Fonte: Feridas Crônicas, 2020

**Figura 9** - LPP tissular profunda - descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente que não embranquece



Fonte: Feridas Crônicas, 2020

**Lesão por pressão relacionada a dispositivos médicos:** refere-se à fricção causada por dispositivos como máscara de ventilação não invasiva, tubo orotraqueal, traqueostomia, sonda nasogástrica, sonda de gastrostomia, capacete de fixação de sonda, colar cervical, sonda vesical de demora (SVD), cateter de artéria radial, tala imobilizadora e meias antiembolia (GALLETO, 2018).

Para saber mais sobre LPP, direcione a câmera do seu celular para o QR code ao lado:



## Ingestão de bebida alcoólica

Detectar se o usuário ingere ou ingeriu bebida alcoólica permite reconhecer fatores externos que impactam em seu estado atual, como susceptibilidade a alterações na motilidade gastrointestinal, interações medicamentosas, redução dos efeitos e rebaixamento do nível de consciência que pode levar ao coma (LANZA et al., 2021).

## Alergia medicamentosa



Essa investigação busca atender às recomendações de práticas



seguras para prevenção de erros na administração de medicamentos, conforme estabelecido na RDC nº 36/2013 (BRASIL, 2013) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) sobre segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, compreendida em 9 certos:

- Paciente certo;
- Medicamento certo;
- Via certa;
- Hora certa;
- Dose certa;
- Documentação certa (registro certo);
- Razão/orientação correta;
- Forma certa;
- Resposta certa.

Para acesso detalhado a cada uma das etapas, acesse o material disponível através do QR Code ao lado:



## Sistema de Triagem de Manchester

O acolhimento e a CR nos serviços de emergência hospitalar estabelecem o grau de gravidade dos pacientes a fim de mitigar complicações dos pacientes que buscam atendimento. Para fundamentar seu exercício, é utilizado o Sistema de Triagem de Manchester (STM), que possui cinco classes de prioridade (SAMPAIO et al., 2022), conforme apresentado abaixo:

**Quadro 5** - Classificação/prioridade, cor da classificação e tempo para atendimento/intervenção do sistema de triagem de Manchester.



# AValiação DE ENFERMAGEM

Classificação/Prioridade	Cor	Tempo para atendimento/intervenção
Emergência	Vermelho	Imediato
Muito Urgente	Laranja	10 minutos
Urgente	Amarelo	60 minutos
Pouco Urgente	Verde	120 minutos
Não Urgente	Não urgente	240 minutos

Fonte: Adaptado de Raush et al., 2021

O STM vai além do grau de urgência; ele dispõe de fluxogramas e discriminadores direcionadores à clínica para que possa direcionar os próximos atendimentos. Para uma adequada classificação, essa atividade é considerada privativa do enfermeiro e deverá estar sustentada por habilidade técnica, raciocínio clínico e escuta qualificada para sustentar o tripé: avaliação, conhecimento e intuição (AMTHAUER; CUNHA, 2016; COFEN, 2021).

Para proporcionar uma adequada CR, o enfermeiro deverá ter curso de capacitação específico para o protocolo adotado pela instituição, e o estabelecimento deve ter condições ambientais e equipamentos que propiciem sua execução. Espera-se que o tempo médio para CR seja de quatro minutos e que não sejam realizadas atividades concomitantes por esse mesmo profissional (COFEN, 2021).

## 3º PFS: Eliminações

**Quadro 6** - Proposta de variáveis na avaliação de enfermagem para emergências hospitalares de acordo com o terceiro padrão funcional de saúde: eliminações.

## 3º PADRÃO FUNCIONAL DE SAÚDE: ELIMINAÇÕES

**Eliminações intestinais:** ( ) espontânea ( ) ausente ( ) amolecidas ( ) diarreia ( ) endurecidas  
( ) cor castanha/marrom ( ) cor acinzentada ( ) cor branca  
( / ) enegrecida Última evacuação: \_\_\_\_\_ (estimar horário)

**Demais secreções:** ( ) sudorese ( ) diaforese ( ) náuseas ( ) vômito

**Edema:** ( ) local ( ) generalizado/anasarca **Sinal de Godet/Cacifo:** \_\_\_\_\_ /4+

Fonte: Autoria própria

## Eliminações fisiológicas

Na urina, busca-se inicialmente, através de relatos, identificar coloração, volume, cheiro/odor e possível algia. Essas variáveis retratam possíveis alterações que possibilitam o diagnóstico de possível infecção do trato urinário (ITU), trauma, litíase urinária e até mesmo neoplasias (PEREIRA et al., 2022).

As características das fezes (coloração, formato, textura e frequência de eliminação) orientam sobre hábitos alimentares, faixa etária e se está presente alguma doença (diarreias infecciosas, verminoses, fezes sanguinolentas e retenção). Nesse caso, a retenção pode sugerir alterações no cólon do intestino. Sua presença rotineira e prolongada desidrata o bolo fecal e dificulta a eliminação, resultando em constipação intestinal e dores abdominais (LIMA et al., 2019).

As náuseas e vômitos podem ou não estar associados. Se presentes, deve-se investigar quantos episódios, início, consistência, coloração e se o paciente sabe identificar o fator predisponente dessas agudizações (LIMA et al., 2019).

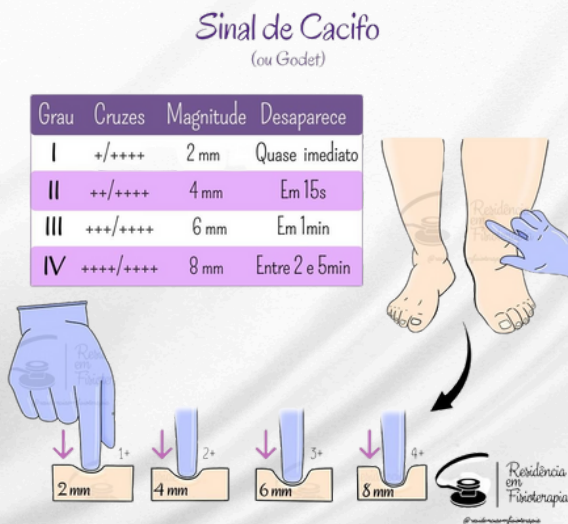
Para o reconhecimento de sudorese e diaforese, é necessário atentar-se ao tempo de existência, se aguda ou crônica, e associá-las ao valor da temperatura e à presença de dor

(COSTA, 2020; ALMEIDA et al., 2021).

Edema é um aumento no volume de líquido intersticial e/ou cavidades corporais, resultante de um desequilíbrio das pressões hidrostáticas e oncóticas que atuam para mover o líquido para o capilar sanguíneo. Na anamnese, deve-se investigar sua evolução, localização, duração, sintomas associados, intensidade, temperatura, distribuição e alterações na pele (CORREIA et al., 2020; MARQUES; SILVA; 2020).

Para avaliar sua presença, utiliza-se o sinal de Cacifo ou sinal de Godet, que consiste na pressão digital sobre a pele, por pelo menos 5 segundos, e quando descomprimido, se a depressão persistir, é considerado positivo, conforme apresentado na figura abaixo.

**Figura 10 - Sinal de cacifo ou Godet.**



Fonte: Google imagens

## 4º PFS: Cognitivo-perceptivo

**Quadro 7** - Proposta de variáveis na avaliação de enfermagem para emergências hospitalares de acordo com quarto padrão funcional de saúde: cognitivo-perceptivo.

4º PADRÃO FUNCIONAL DE SAÚDE: COGNITIVO-PERCEPTIVO
( ) Escala Coma Glasgow - Pontuação: _____
( ) Escala Cincinatti - ( ) normal ( ) alterado
( ) NIHSS: _____

A escala de coma de Glasgow (ECG) é um instrumento que avalia o nível de consciência dos indivíduos e possíveis disfunções neurológicas. Ela possui três variáveis (abertura ocular, resposta verbal e melhor resposta motora). Recentemente (2018) foi adicionado a avaliação da reatividade pupilar, com intuito de abranger sobre o prognóstico clínico do paciente vítima de traumas neurológicos. Assim, a ECG pontua de acordo com a resposta dos pacientes que variam de 3 (coma profundo) e 15 (ausência de dano neurológico), enquanto a avaliação da reatividade pupilar ocorre de forma que, a quantidade de pupilas não fotorreagentes é subtraída da pontuação dos três eixos (JAIN; INVERSON, 2021; SANTANA et al., 2022).

**Quadro 8** - Escala de coma de Glasgow segundo variável, respostas, pontuações e reatividade pupilar.



# AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

VARIÁVEIS	CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO
Abertura ocular	Espontânea	4
	Ao som	3
	À pressão	2
	Ausente	1
	Não testável	NT
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras	3
	Sons	2
	Ausente	1
	Não testável	NT
Resposta Motora	A ordens	6
	Localizadora	5
	Flexão normal	4
	Flexão anormal	2
	Extensão	2
	Ausente	1
	Não testável	NT
<b>REATIVIDADE PUPILAR</b>		
Sem reação	Unilateral	Bilateral
-2	-1	0

**Fonte:** Adaptado de Brennan, Murray e Teasdale (2018).

Após somar o resultado das variáveis, subtrai-se o valor da reatividade pupilar, estabelecendo uma pontuação que varia de 3 a 15 pontos, conforme demonstrando a seguir:

**Morte cerebral ou coma profundo:** 3 pontos

**Trauma grave:** 3 a 8 pontos:

**Trauma moderado:** 9 a 12 pontos

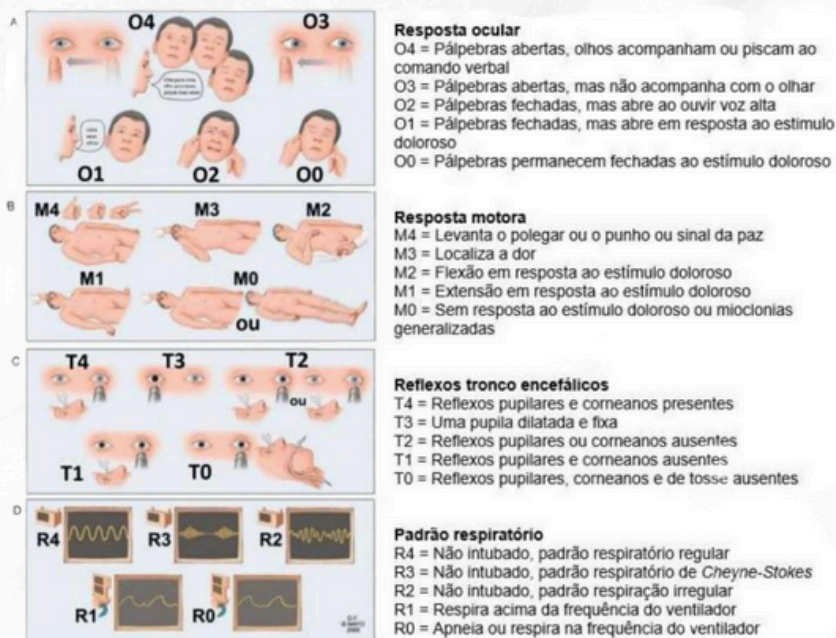
**Trauma leve:** 13 a 15 pontos

Para aperfeiçoar a avaliação de pacientes submetidos à ventilação mecânica invasiva (VMI) e à ausência de testes de reflexos de tronco encefálico, foi traduzida e validada no Brasil a escala *Full Outline of UnResponsiveness* (FOUR). Ela é composta por quatro domínios: resposta ocular, resposta motora, reflexos de tronco cerebral e respiração. Cada domínio possui cinco itens, classificados de zero a quatro pontos. A pontuação pode variar de 0 a 16, sendo que este último representa excelência no nível de consciência do paciente (Figura 11).



# AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

**Figura 11 - Escala Full Outline of UnResponsiveness (FOUR)** segundo domínios e pontuações.



Fonte: Bernardinelli et al. (2022)

A escala Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS), popularmente conhecida como escala de Cincinnati (EC), emergiu em 1999 com o intuito de avaliar a presença ou ausência de paralisia facial, assimetria da fraqueza do braço e anormalidades de fala dos usuários com possíveis sinais de AVE. Sua utilização está ligada ao meio pré-hospitalar, contudo, é utilizada no meio intrahospitalar, especificamente na emergência, devido sua agilidade e facilidade de rastreamento (ALVES et al., 2019; ALMEIDA et al., 2021) (Figura 12).

# AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

**Figura 12 - Escala Cincinnati**



Fonte: Alves et al. (2019)

Para o quadro de AVE isquêmico (AVEi), utiliza-se a escala *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS), que varia de 0 a 42 pontos em 11 eixos. Ela avalia o déficit neurológico e visa à abordagem, se dentro de 4,5 horas (do início dos sintomas até o atendimento de saúde), a restauração do fluxo sanguíneo cerebral na região de penumbra, por meio de fibrinolítico ou trombectomia mecânica (ALVES et al., 2022).

Para impressão do documento:



Para acesso digital:



## 5º PFS - Autopercepção e autoconceito

**Quadro 9** - Proposta de variáveis na avaliação de enfermagem para emergências hospitalares, de acordo com o quinto padrão funcional de saúde: autopercepção e autoconceito.

## 5º PADRÃO FUNCIONAL DE SAÚDE: AUTOPERCEPÇÃO E AUTOCONCEITO

Peso: _____ kg	Altura: _____ cm
IMC: _____ kg/m <sup>2</sup> ( ) emagrecido ( ) sobrepeso ( ) obesidade ( ) peso ideal	
( ) Sedentarismo ( ) Faz atividade física. Se sim, quantas vezes na semana? _____	

Fonte: Autoria própria

A obesidade é um agravo multifatorial originado, na maioria dos casos, pelo desequilíbrio energético, quando o indivíduo consome mais energia do que gasta. Para avaliar a presença desse distúrbio, recomenda-se o uso do Índice de Massa Corporal (IMC) por sua facilidade de mensuração e por ser uma medida não invasiva e de baixo custo. A verificação de medidas antropométricas (peso e altura) subsidia cálculos de medicamentos, como o trombolítico alteplase para AVCi e estreptoquinase para Infarto agudo do miocárdio (IAM) e embolia pulmonar (BRASIL, 2014; ALVES et al., 2022; COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS - CONITEC, 2018).

O cálculo do IMC é realizado conforme apresentado abaixo:

**Figura 13** - Fórmula para cálculo do índice de massa corporal.

$$IMC = \frac{Peso}{Altura^2}$$

Fonte: Brasil (2014)

Para saber se está adequado, siga os valores representados abaixo:

# AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

## Quadro 10 - Valores do índice de massa corporal e suas interpretações

IMC	Diagnóstico
menor que 18,5	baixo peso
entre 18,5 e 24,9	intervalo normal
entre 25 e 29,9	sobrepeso
entre 30 e 34,9	obesidade classe I
entre 35 e 39,9	obesidade classe II
maior que 40	obesidade classe III

Fonte: Brasil (2014)

## 6º PFS - Desempenho de papel e relacionamento

**Quadro 11** - Proposta de variáveis na avaliação de enfermagem para emergências hospitalares de acordo com o sexto padrão funcional de saúde: desempenho de papel e relacionamento.

<b>6º PADRÃO FUNCIONAL DE SAÚDE: DESEMPENHO DE PAPEL E RELACIONAMENTO</b>
<b>Estado civil</b> ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) União estável ( ) Viúvo
<b>Expressões</b> ( ) Verborrágico ( ) Conciso ( ) Retraído
<b>Reside com quem:</b> ( ) Sozinho ( ) Familiar. Se familiar, quem? _____

Fonte: Autoria própria

Reconhecer o estado civil de um indivíduo e com quem ele reside são fatores que corroboram para os dados de saúde pública. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), essas informações são transportadas para o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) para compreender o perfil dos pacientes acometidos por agravos e morbidades. Esses dados subsidiam, se necessário, o preenchimento da ficha de Declaração de Óbitos (DO), fortalecem indicadores internos da instituição e, associados às expressões e com quem o paciente reside, proporcionam uma compreensão do convívio do paciente que pode impactar no seu processo saúde-doença (BRASIL, 2015; 2022; BATISTA; NORONHA, 2021).



## 7º PFS - Sexual e reprodutivo

**Quadro 12** - Proposta de variáveis na avaliação de enfermagem para emergências hospitalares de acordo com o sétimo padrão funcional de saúde: sexual e reprodutivo.

### Métodos contraceptivos

( ) Laqueadura ( ) Vasectomia ( ) Injetável ( ) Oral ( ) Outros. Especificar: \_\_\_\_\_

Fonte: Autoria própria

A investigação do uso de métodos contraceptivos orienta as definições de condutas em relação a processos agudos instalados, como fluxo menstrual irregular e sangramento vaginal inexplicado. Além disso, permite compreender os fatores predisponentes que a paciente apresenta para processos como câncer, aumento do risco cardiovascular, trombose periférica, tromboembolismo e doença inflamatória pélvica (POMPERMAIER; ZANELLA; PALUDO, 2021; COSTA; RAMOS, 2023).

## 8º PFS - Resposta e tolerância ao estresse

**Quadro 13** - Proposta de variáveis na avaliação de enfermagem para emergências hospitalares de acordo com o oitavo padrão funcional de saúde: resposta e tolerância ao estresse.

### 8º PADRÃO FUNCIONAL DE SAÚDE: RESPOSTA E ENFRENTAMENTO AO ESTRESSE

( ) Dificuldades no trabalho ( ) Dificuldades na família ( ) Alterações saúde-doença ( ) Luto

Fonte: Autoria própria

Pacientes que passam por estresse modificam seu comportamento para se protegerem de danos psicológicos e emocionais, e neutralizar qualquer efeito negativo para manterem o equilíbrio emocional. As estratégias são induzidas por cada indivíduo, não havendo consenso para mitigá-las (COLEMAN, 2019).



O estresse é percebido por indivíduos que relatam perda familiar, diagnóstico recente de doenças, surgimento de agravos na saúde, jornadas de trabalho exaustivas e funções laborais exigentes (REIS et al., 2020; NASCIMENTO; GARCIA; CORNACCHIONE, 2021).

## 9º PFS - Crença e valor

**Quadro 14** - Proposta de variáveis na avaliação de enfermagem para emergências hospitalares de acordo com o nono padrão funcional de saúde: crença e valor.

9º PADRÃO FUNCIONAL DE SAÚDE: CRENÇA E VALOR			
( ) Atitudes/palavras positivas	( ) Atitudes/palavras negativas	( ) Fé/Religião	( ) Medicina alternativa

Fonte: Autoria própria

A compreensão dos fatores de risco, formas de contágio, prevenção e transmissão das doenças é impactada pelo grau de instrução da população (COSTA; 2020).

Pacientes que referem ou apresentam sinais de suicídio, omitem informações, proferem palavras negativas sobre seu estado atual e afirmam não acreditar em Deus, estão com valores colapsados. Em contrapartida, indivíduos empenhados em melhorar o estado de saúde buscam facilitar, contribuindo com ações e informações condicionais para melhorias e relatos positivos (CATELÃO, 2019; SOUSA et al., 2020).

## 10º PFS - Atividade e exercício

**Quadro 15** - Proposta de variáveis na avaliação de enfermagem para emergências hospitalares de acordo com o décimo primeiro padrão funcional de saúde: atividade e exercício.

## 10º PADRÃO FUNCIONAL DE SAÚDE: ATIVIDADE E EXERCÍCIO

( ) Sedentarismo ( ) Faz atividade física. Se sim, quantas vezes na semana? \_\_\_\_\_

Locomove com auxílio de: ( ) bengala ( ) andador ( ) cadeira de rodas ( ) não locomove

Fonte: Autoria própria

A prática de atividade física contribui para o bem-estar dos indivíduos, melhoria na sua autoestima e autopercepção devido aos efeitos no físico e na resistência do sistema imunológico, como a redução de inflamações e infecções. Enquanto o sedentarismo aumenta o risco de afecções (MATTOS et al., 2020).

## 11º PFS - Sono e Repouso

**Quadro 16** - Proposta de variáveis na avaliação de enfermagem para emergências hospitalares de acordo com o décimo primeiro padrão funcional de saúde: Sono e repouso.

### 11º PADRÃO FUNCIONAL DE SAÚDE: SONO E REPOUSO

( ) Insônia ( ) Sonolência

Fonte: Autoria própria

Padrões de sono alterados e insônia aumentam o risco de doenças cardiovasculares e desequilíbrio hormonal que afeta a secreção de leptina, responsável pela inibição da fome e pelo estímulo do gasto energético, bem como o aumento da grelina, que estimula a fome e a produção de gordura (OLIVEIRA et al., 2020).

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

Nesta seção estão dispostos conjunto de ligações NNN validados para o cenário de emergência hospitalar, que compreende as etapas intermediárias do PE: diagnóstico, planejamento e implementação de enfermagem.

Constam 29 ligações constituídas por 16 DE com foco no problema, 12 de risco e 1 de síndrome; 26 resultados de enfermagem distintos, 96 intervenções de enfermagem e 281 atividades de enfermagem distribuídas em seis padrões funcionais de saúde (2º nutricional-metabólico, 3º eliminações, 4º perceptivo-cognitivo, 8º resposta de tolerância ao estresse, 9º crença e valor, 10º atividade e exercício), para atender as três etapas intermediárias.

Para possibilitar sua informatização, estão com seus respectivos códigos.

Ressalta-se que por se tratar de uma proposta para aplicação em emergência local e que por trabalharem com o software *Tasy* é possível realizar edições e posteriores implementações de conjuntos, conforme detectado necessidade.

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

## 2º PFS: Nutricional-metabólico

### Conjunto 2.1 - Risco de integridade da pele prejudicada

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	RESULTADO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO
Risco de integridade da pele prejudicada	0047	Integridade tissular: pele e mucosas	1101

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	ATIVIDADES DE ENFERMAGEM
Cuidados da pele: local do enxerto	3583	Minimizar o atrito e forças de cisalhamento durante o posicionamento e mobilização do paciente Proporcionar um colchão firme
Posicionamento	0840	Encorajar o paciente a se envolver nas mudanças de posição Monitorar o estado da oxigenação antes e após mudanças de posições Pré-medicação do paciente antes de virá-lo Utilizar equipamentos apropriados para apoiar os membros (p. ex., coxins para as mãos e coxins para trocânteres)

A ligação composta pelo DE risco de integridade da pele prejudicada, RE integridade tissular: pele e mucosas e IE posicionamento direciona a cuidados com decúbitos associado a dispositivos de apoio/redutores de pressão e protetores cutâneos. Seu levantamento é justificado pela estadia prolongada em que o paciente poderá ser submetido a observação para avaliação da situação clínica (Silva et al., 2020; Pachá et al., 2018), por consequência de investigações da presença de lesões abertas, oriundas de intervenções em período pós-operatório, elevando o potencial de acometimento por processo infeccioso (Pachá et al., 2018), perda ou excesso de calor desencadeado pelo acometimento das três camadas da pele, quando em contato com o ambiente externo(15), bem como desidratação e diminuição da oxigenação, decorrentes do processo de envelhecimento, no qual as fibras colágenas e elásticas da derme são degeneradas (NOGUEIRA et al., 2020).



# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

Esse conjunto é comumente elencado para pacientes com baixo nível de escolaridade, idade avançada, diabéticos, mobilidade física reduzida, acamados, restrições alimentares que impactam na massa corporal, via de alimentação alternativa, lesões venosas, e passíveis de intervenções cirúrgicas, que podem resultar em lesões periestoma ao redor da estomia intestinal, traumas locais e punções venosas que geram hematoma, equimose e eritema, ressecamento da pele que desencadeia em lesões de descamação da pele, acometimentos por doenças infecciosas, parasitárias e oncológicas que aumentam o risco de LPP. O conhecimento desses fatores orienta o planejamento de ações preventivas e realistas para cada usuário (VIEIRA; ARAUJO, 2018; SILVA et al., 2020; PACHÁ et al., 2018; SILVA et al., 2020).

Entre as IE, destaca-se reposicionamento (mudança de decúbito) enaltecida na literatura (Meneses et al., 2020; Lima; Palmer; Nogueira, 2021) como uma ação preventiva. Neste último estudo, também foram listados dispositivos de apoio/redutores de pressão e protetores cutâneos que apoiam as ações de enfermagem elencadas mediante a intervenção de cuidados da pele no local do enxerto.

As AE elencadas no estudo em questão, incluindo a assistência no autocuidado, favorecer a autonomia e reduz futuros danos, atendendo, assim, à IE supracitada (MENESES et al., 2020).



# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

## Conjunto 2.2 - Risco de termorregulação ineficaz

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	RESULTADO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO
Risco de termorregulação ineficaz	0274	Termorregulação	0008
Regulação de temperatura	3900	Monitorar e anotar a temperatura pelo menos a cada 2 horas	
		Monitorar e relatar sinais e sintomas de hipotermia e hipotermia	
		Promover ingestão adequada de nutrientes e líquidos	
		Ajustar a temperatura do ambiente às necessidades do paciente	
		Dar medicamento adequado para prevenir ou controlar tremores	
		Administrar medicamento antipirético	
		Monitorar pressão arterial, pulso e respiração	
		Monitorar a cor da pele e a temperatura	
Apoio à proteção contra abuso: idoso	6404	Encorajar a internação hospitalar para observação e investigação adicionais	
Tratamento da hipotermia	3786	Aplicar métodos de resfriamento externos (p. ex., compressas frias no pescoço, tórax, abdome, couro cabeludo, axilas e virilha e cobertor de refrigeração)	
Supervisão da pele	6650	Determinar áreas que atendam pacientes que necessitam do time de resposta rápida (p. ex., alteração dos sinais vitais, frequência cardíaca baixa ou elevada, pressão arterial baixa ou elevada, dificuldade para respirar, baixa saturação de oxigênio mesmo com o aumento do fornecimento de oxigênio, alteração do nível de consciência, convulsões repetidas ou prolongadas, dor torácica, alterações agudas do estado mental ou quando o enfermeiro ou o paciente "simplesmente sente que alguma coisa está errada")	
Tratamento da hipotermia	3800	Aplicar reaquecimento externo ativo (p. ex., manta quente posicionada na região do tronco próximo das extremidades, garrafas de água aquecida, aquecedor de ar, cobertor aquecido, radiação de luz, sacos aquecidos e aquecedores convectivos de ar)	
Controle de Eletrólitos: Hipernatremia	2004	Monitorar indicadores de desidratação (p. ex., diminuição da sudorese, diminuição da urina, diminuição do turgor da pele e mucosas ressecadas)	
Alimentação por Mamadeira	1052	Estimular a ingestão de líquidos	

O conjunto formado pela ligação DE risco de termorregulação ineficaz busca manter assistência vigilante a flutuação de temperatura entre hipotermia e hipertermia, que uma vez hipotermia leve e moderada instalada aumenta a demanda de oxigênio (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Para identificar esse conjunto como necessário é fundamental investigar histórico de anestesia geral (inalatória, intravenosa, balanceada) para a realização de procedimentos cirúrgicos com duração média entre 2 a 3 horas. No entanto, se detectado, para obter sucesso diante dessa tangível alteração, a enfermagem é orientada a seguir as AE listadas nas IE de regulação da temperatura: perioperatória, tratamento da hipotermia e supervisão da pele (ALMEIDA et al., 2021; GOMES, 2021; HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

A hipotermia requer investigação de métodos preventivos e condutas terapêuticas para estabilizar o quadro. Para tanto, cabe aos setores de emergência realizar o atendimento inicial, estabilizar a situação e encaminhar os pacientes para investigação mediante internação, conforme evidenciado pelas ações de enfermagem listadas na IE de apoio à proteção contra abuso em idosos neste estudo (MENDES; SILVA; SILVA, 2022).

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

## Conjunto 2.3 - Risco de desequilíbrio eletrolítico

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	RESULTADO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO
Risco de desequilíbrio eletrolítico	0195	Equilíbrio Eletrolítico e ácido-base	0600

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	ATIVIDADES DE ENFERMAGEM
Controle de eletrólitos	2000	Obter amostras seriadas para análise laboratorial de níveis de eletrólitos (p. ex., gasometria arterial, níveis séricos e urina)
		Monitorar perda de líquidos ricos em eletrólito (p. ex., aspiração nasogástrica, drenagem de ileostomia, diarreia, drenagem de feridas e diaforese)
		Orientar o paciente e/ou familiares quanto a modificações alimentares específicas
		Consultar o médico se os sinais e sintomas de desequilíbrio hídrico ou eletrólito persistirem ou piorarem
		Realizar monitoração cardíaca
		Tratar as arritmias cardíacas, conforme protocolo
		Irrigar cateteres nasogástricos com soro fisiológico
		Manter acesso IV pérvio
		Monitorar a reação do paciente à terapia eletrolítica prescrita
Controle de arritmias	4090	Facilitar a realização de ECG de 12 derivações
		Monitorar a resposta hemodinâmica à arritmia
		Observar a frequência e duração da arritmia
		Garantir monitoramento contínuo do ECG à beira do leito por pessoal qualificado
		Monitorar e corrigir déficits de oxigenação, desequilíbrios acidobásicos e desequilíbrios de eletrólitos, que podem precipitar arritmias
Regulação hemodinâmica	4150	Realizar Suporte de Vida Cardiovascular Básico ou Avançado
Controle de volume de líquido	4120	Manter o equilíbrio hídrico por administração por via intravenosa de fluidos ou diuréticos, conforme apropriado
		Monitorar o estado de hidratação (p. ex., umidade das mucosas, adequação de pulso e pressão arterial ortostática)
		Avaliar a localização e extensão do edema, se presente
		Oferecer lanches (p. ex., bebidas frequentes e frutas e sucos frescos), conforme apropriado
Supervisão	6650	Restringir a ingestão de água na presença de hiponatremia dilucional com nível sérico de sódio abaixo de 130 mEq por litro
		Providenciar disponibilidade de hemoderivados para transfusão
		Monitorar a perfusão tecidual

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

## Conjunto 2.4 - Excesso de volume de fluido

DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM	CODIGO	RESULTADO DE ENFERMAGEM	CODIGO
Excesso de volume de fluido	0026	Equilíbrio do volume de líquidos	0601

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	ATIVIDADES DE ENFERMAGEM
Controle da eliminação urinária	0590	Monitorar quanto a sinais e sintomas de retenção urinária
Controle de hipervolemia	4170	Promover uma imagem corporal positiva e autoestima se as preocupações forem expressas como resultado de retenção excessiva de fluido
Controle do volume de líquidos	4120	Monitorar quanto a indicações de excesso/retenção de líquidos (p. ex., crepitações, fissuras, pressão venosa central ou PAPC elevadas, edema, distensão de veia do pescoço e ascite) Monitorar os resultados laboratoriais relativos à retenção de líquidos (p. ex., gravidade específica aumentada, ureia aumentada, hematócrito diminuído e osmolalidade urinária aumentada)
Monitoração do volume de líquidos	4130	Manter registro preciso de ingestão e eliminação (p. ex., ingestão oral, administração enteral, entrada IV, antibióticos, líquidos dados com os medicamentos, cateteres nasogástricos (NG), drenos, vômito, cateteres retais, drenagem por colostomia e diurese) Monitorar o surgimento de sinais e sintomas de ascite Monitorar a cor, a quantidade e a densidade específica da urina Monitorar a pressão arterial, frequência cardíaca e estado respiratório
Controle de eletrólitos	2000	Monitorar perda de fluidos ricos em eletrólitos (p. ex., aspiração nasogástrica, drenagem de ileostomia, diarreia, drenagem de feridas e diaforese)
Controle de eletrólitos: hipocalcemia	2006	Proporcionar medidas de alívio de dor/conforto
Controle de eletrólitos: hipermagnesemia	2003	Manter repouso no leito e limitar as atividades
Controle de eletrólitos: hipernatremia	2004	Administrar os diuréticos prescritos, juntamente com soluções hipertônicas, para hipernatremia associada à hipervolemia Evitar administração/ingestão de medicamentos com alto teor de sódio (p. ex., poliestirenosulfonato de sódio), bicarbonato de sódio, soro fisiológico hipertônico)
Controle de vias aéreas	3140	Monitorar o estado respiratório e a oxigenação, conforme apropriado Encorajar respiração lenta e profunda; mudanças de posição e tosse
Indução de hipotermia	3790	Colocar o paciente em um monitor cardíaco
Administração de produtos sanguíneos	4030	Monitorar o local do acesso venoso quanto a sinais e sintomas de infiltração, flebite ou infecção

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

Os conjuntos risco de desequilíbrio eletrolítico e excesso de volume de fluido geralmente são destinados a pacientes que vivem com HA), IC, alterações renais, incluindo insuficiência renal aguda (IRA) e doença renal crônica (DRC), que estão intimamente ligadas às alterações cardíacas e pulmonares que afetam os líquidos corporais, desencadeando hipertrofia ventricular esquerda, edema periférico e outras manifestações em diversos sistemas, como neurológico, hematológico, tegumentar, cardiovascular, gastrointestinal, reprodutivo e musculoesquelético (AZEVEDO et al., 2022; SOUZA et al., 2021; LUCENA et al., 2017).

O conjunto do DE EVF é aplicado a pacientes que apresentam remoção inadequada de líquidos durante a hemodiálise, aumento da concentração de sódio no dialisato, abuso na dieta, ingestão excessiva de líquidos, comorbidades, hemodiálise convencional intermitente, baixa autoeficácia para ingestão de líquidos, IMC alterado e ingestão excessiva de sódio (FERNANDES et al., 2022).

Indivíduos com as alterações supra referidas e sinais como dispneia, ortopneia, edema pulmonar e periférico, aumento do débito cardíaco têm seus quadros resolvidos quando sustentados pelo RE equilíbrio eletrolítico e ácido-base e AE relacionadas à IE controle de eletrólitos (GRASSI et al., 2017; BOTELHO et al., 2021).

Para estabelecer o levantamento dos conjunto supacitados o enfermeiro precisa conhecer o balanceamento hídrico, que con



# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

siste na avaliação a entrada de líquidos, nutrição e infusões endovenosas, como soluções cristaloides e medicamentos, enquanto a saída é expressa pela diurese, evacuação, êmese, drenagem, exsudato, secreções da pele e da respiração. Quando há probabilidade de alteração nessas eliminações, o paciente apresenta risco de desequilíbrio eletrolítico (SILVA et al., 2021).

Esses conjuntos são prevalentes em pacientes que evoluem para internação, conforme demonstrado na pesquisa de Miranda et al. (2020), realizada na ala de internação da região Norte do Brasil, que apresentou ligações NNN pertinentes a este estudo.

aos vômitos, deiscência de suturas, desidratação, alterações hidroeletrólíticas, ruptura do esôfago e aumento da pressão intracraniana (SILVA et al., 2020).

As ações deste conjunto são realizadas desde a escuta qualificada do enfermeiro até as ações recorrentes prestados pelos profissionais da equipe. Assim, é necessário que estejam atentos aos sintomas referidos que podem associar ao vômito, e desencadear perda de eletrólitos e fluidos, e consecutivamente sangramento, aspiração pulmonar, aumento da pressão intracraniana e desidratação. Portanto, as AE listadas vão de encontro com a literatura (LIMA et al., 2019).

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

## Conjunto 2.5 - Risco de nível de glicose no sangue instável

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	RESULTADO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO
Risco de nível de glicose no sangue instável	0179	Conhecimento: controle de diabetes	1820

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	ATIVIDADES DE ENFERMAGEM
Controle da hipoglicemia	2130	Monitorar sinais e sintomas de hipoglicemia (p. ex., tremores, tremor, sudorese, nervosismo, ansiedade, irritabilidade, impaciência, taquicardia, palpitações, calafrios, descoordenação motora, tonturas, palidez, fome, náusea, dor de cabeça, cansaço, sonolência, fraqueza, calor, tonturas, inapetência, visão turva, pesadelos, choro durante o sono, parestesia, dificuldade de concentração, dificuldade de fala, incoordenação, mudança de comportamento, confusão, coma, convulsões)
		Identificar o paciente com risco para hipoglicemia
		Monitorar os níveis de glicose sanguínea, conforme indicado
		Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia: poliúria, polidipsia, polifagia, fraqueza, letargia, mal-estar, visão borrada, ou dores de cabeça
		Administrar insulina
		Manter o acesso EV
		Consultar o médico se os sinais e sintomas da hiperglicemia persistirem ou piorarem
Tratamento do uso de drogas: Abstinência	4514	Monitorar ingesta e eliminação
Cuidados com lesões	3660	Encaminhar o paciente para nutricionista
Controle da asma	3210	Verificar a adesão aos tratamentos prescritos
Controle de hiperglicemia	2120	Administrar fluidos EV à temperatura ambiente
Passagem de plantão	8140	Revisar resultados de exames laboratoriais e diagnósticos recentes pertinentes
Redução do sangramento	4020	Monitorar condição hídrica

O conjunto norteado pelo DE risco de nível de glicose no sangue instável está direcionado para pacientes com variação nos níveis séricos de glicose, que pode oscilar entre hipo e hiperglicemia. A hiperglicemia está associada a diversos fatores, como resposta fisiológica a alterações glicêmicas de estresse frente a traumas e/ou cirurgias, hipermetabolismo de doenças críticas agudizadas, pacientes com DM, nutrição desequilibrada, alterações sem diagnóstico, doenças agudas como síndrome coronariana aguda (SCA) que elevam a glicemia, interações medicamentosas com corticóides e

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

medicamentos vasoativos, idade avançada, ventilação mecânica (VM), insuficiência renal (IR) e sepse (BRINATI et al., 2017; HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Entre os cuidados evidenciados na literatura está a administração de insulina, que exige cautela na sua administração para correção da glicemia e o monitoramento dos níveis glicêmicos. Essas ações fazem parte do conjunto listado e visam evitar quedas abruptas de glicemia e impactos no sistema humano (BRINATI et al., 2017).

## Conjunto 2.6 - Risco de infecção

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	RESULTADO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO
Risco de infecção	0004	Gravidade da infecção	0703

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	ATIVIDADES DE ENFERMAGEM
Controle do ambiente: conforto	6482	Inspecionar a pele e membranas mucosas para rubor, calor extremo e drenagem
		Fornecer cuidado apropriado da pele nas áreas edematosa
		Manter as técnicas de isolamento
		Manter a assepsia para o paciente em risco
		Seguir precauções neutropênicas
		Inspecionar condição de qualquer incisão cirúrgica e ferida
		Obter culturas
		Incentivar a ingestão de líquido
		Incentivar o repouso
		Incentivar respiração profunda e tosse
		Ensinar ao paciente e familiares as diferenças entre infecções virais e bacterianas
		Fornecer quarto privativo
		Ensinar ao paciente e membros da família como evitar infecções
		Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e localizados da infecção

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

O conjunto norteado pelo DE risco de infecção reflete a suscetibilidade do organismo de um indivíduo à invasão e multiplicação de organismos patogênicos. No estudo de Nascimento e Jesus (2022), esse diagnóstico é listado como prevalente em pacientes classificados como emergência e muito urgentes. Essas situações críticas favorecem as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) devido a fatores intrínsecos, como imunodepressão, carência nutricional, estado emocional, e extrínsecos, como ambiente potencialmente contaminado, dispositivos e procedimentos invasivos.

Esse diagnóstico é prevalente nos setores de emergência devido a procedimentos invasivos, doenças crônicas, obesidade, tabagismo, desnutrição, diminuição da hemoglobina, alterações na integridade da pele, perturbações no peristaltismo e imunossupressão (NASCIMENTO; JESUS, 2022). Os cuidados de enfermagem mencionados por esses autores estão alinhados com o conjunto validado nesta pesquisa, fortalecendo a necessidade de prestar atenção em todos os atendimentos. Entre esses cuidados, destaca-se a higienização das mãos para prevenir infecções. Isso é particularmente importante, visto que tanto os profissionais quanto os clientes estão expostos em um ambiente que favorece o surgimento de infecções.

Além disso, as infecções podem ser uma consequência da grande demanda de pacientes, do despreparo dos profissionais, da falta de recursos humanos e materiais e da não adesão às práticas propostas.



# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

## Conjunto 2.7 - Risco de choque

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	RESULTADO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO
Risco de choque	0205	Perfusão Tissular: celular	0416

Desmame da ventilação mecânica	3310	Posicionar o paciente para o melhor uso da musculatura ventilatória e para otimizar a descida do diafragma
Oxigenoterapia	3320	Iniciar e manter oxigênio suplementar, conforme a prescrição
Assistência ventilatória	3390	Administrar medicamentos apropriados para a dor, a fim de prevenir hipoventilação
Monitorização neurológica	2620	Anotar queixa de cefaleia e notificar o médico sobre mudanças da condição do paciente
		Monitorar a tendência da Escala de Coma de Glasgow
		Monitorar o estado respiratório: gasometria arterial, oximetria de pulso, profundidade, padrão, frequência e esforço respiratórios

Uma infecção local pode se transformar em sepse se não for tratada a tempo, podendo levar à morte devido a disfunções que ameaçam a vida. Essa condição aguda é causada pela liberação sistêmica de mediadores inflamatórios e ativação generalizada do endotélio, resultando na quebra da homeostase e no comprometimento e disfunção de órgãos do foco primário (WIERSINGA; VAN DER POLL, 2022). As alterações que indicam a presença dessa afecção incluem:

- Hipotensão (PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg ou queda de PA > 40 mmHg);
- Oligúria ( $\leq 0,5$  mL/kg/h) ou aumento da creatinina (>2 mg/dL);
- Relação PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 300 ou necessidade de O<sub>2</sub> para manter SpO<sub>2</sub> > 90%;
- Contagem de plaquetas < 100.000/mm<sup>3</sup> ou redução de 50% no número de plaquetas em relação ao maior valor registrado nos últimos 3 dias;
- Lactato acima do valor de referência;



# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

- Rebaixamento do nível de consciência, agitação, delirium;
- Aumento significativo de bilirrubinas ( $> 2X$  o valor de referência);
- Hiperlactatemia.

A síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS), embora não seja um critério para o diagnóstico de sepse, é considerada uma ferramenta investigativa na prática clínica, uma vez que apresenta características definidoras:

- Temperatura central  $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$  ou  $< 36^{\circ}\text{C}$  em região axilar;
- Frequência cardíaca  $> 90$  batimentos por minuto (bpm);
- Frequência respiratória  $> 20$  respirações por minuto (rpm), ou  $\text{PaCO}_2 < 32$  mmHg; Leucócitos totais  $> 12.000/\text{mm}^3$ ; ou  $< 4.000/\text{mm}^3$  ou presença de  $> 10\%$  de formas jovens (desvio à esquerda);
- Frequência respiratória  $> 20$  respirações por minuto (rpm), ou  $\text{PaCO}_2 < 32$  mmHg;
- Leucócitos totais  $> 12.000/\text{mm}^3$ ; ou  $< 4.000/\text{mm}^3$  ou presença de  $> 10\%$  de formas jovens (desvio à esquerda) (TANIGUCHI et al., 2017);
- 
- Portanto, compatível a esse conjunto estão as ações mencionadas na literatura, como abertura de protocolo de sepse com administração de antibioticoterapia na primeira hora (MORAES; MARCOMIMI; MARTINS, 2022), avaliação dos SSVV e avaliação neurológica (SILVA et al., 2023; SANTOS et al., 2022).

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

## Conjunto 2.8 - Ventilação espontânea prejudicada

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	RESULTADO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO
Ventilação espontânea prejudicada	0033	Estado respiratório: Troca Gasosa	0402

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	ATIVIDADES DE ENFERMAGEM
Monitorização respiratória	3350	Observar os movimentos torácicos, notando a simetria, uso dos músculos acessórios e retração da musculatura supraclavicular e intercostal
		Monitorar quanto a respirações ruidosas, como estridores e roncos
		Monitorar os níveis de saturação de oxigênio continuamente em pacientes sedados (p. ex., SaO <sub>2</sub> , SvO <sub>2</sub> , SpO <sub>2</sub> ), de acordo com a política da instituição
		Observar quanto a alterações na SaO <sub>2</sub> , SvO <sub>2</sub> e CO <sub>2</sub> corrente e alterações nos valores da gasometria
		Monitorar as secreções respiratórias do paciente
		Monitorar quanto a dispneia e eventos que melhorem ou piorem a falta de ar
		Monitorar quanto a crepitação
		Instituir esforços de reanimação
		Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço das respirações

## Conjunto 2.9 - Troca de gases prejudicada

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	RESULTADO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO
Troca de gases prejudicada	0030	Estado respiratório	0415

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	ATIVIDADES DE ENFERMAGEM
Controle das vias aéreas	3140	Posicionar o paciente modo a maximizar o potencial ventilatório
		Posicionar para aliviar a dispneia
		Monitorar e anotar o estado respiratório e a oxigenação
		Administrar ar ou oxigênio umidificado
		Remover secreções, estimulando a tosse ou aspirando

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

Os conjuntos guiados pelos DE ventilação espontânea prejudicada e DE troca de gases prejudicada possuem características definidoras (CDs) semelhantes. São atribuídos a pacientes com cooperação diminuída, aumento da inquietação, alterações na frequência respiratória, gases sanguíneos arteriais alterados, hipóxia e uso de ventilação mecânica, invasiva ou não. Ambos os DE foram incorporados ao mapeamento cruzado; no entanto, há estudos que sugerem a exclusão do primeiro, transferindo os CDs para o segundo DE. Essa indicação demonstra que a enfermagem tem mostrado avanços significativos na melhoria da assistência por meio de pesquisa e ensino (SEGANFREDO, 2016; SANTOS et al., 2022).

O cenário da emergência em 2020-2021 passou a atender pacientes com manifestações clínicas da doença causada pelo coronavírus, que resultou em um aumento significativo no número de atendimentos a pacientes com sintomas gripais (SG) e sistêmicos. Entre os sinais recorrentes estavam tosse, febre, odinofagia e cefaleia, que poderiam evoluir para síndrome respiratória aguda grave (SRAG), detectada por dispneia, hipoxemia, taquipneia e hipotensão (BRANCO et al., 2020). Esses sinais respiratórios desencadeavam distúrbios sistêmicos.

As AE elencadas encontram-se na literatura publicada e incluem o controle das vias aéreas, monitorização das vias aéreas, assistência ventilatória e controle da ventilação mecânica invasiva e não invasiva (DIAS et al., 2021).

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

## Conjunto 2.10 - Risco de trombose

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	RESULTADO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO
Risco de trombose	0291	Estado Circulatório	0401

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	ATIVIDADES DE ENFERMAGEM
Cuidados na embolia: periférica	4104	Monitorar sinais de diminuição da circulação venosa nas extremidades afetadas (dor, edema doloroso, aumento da circunferência, câimbras, eritema)
		Administrar medicamento anticoagulante
		Realizar uma avaliação completa da circulação periférica
		Avaliar qualquer queixa de dor no peito, costas ou pleurítica
		Avaliar mudanças no estado cardíaco e pulmonar (p. ex., começo de sibilos, hemoptise, dispneia, taquipneia, taquicardia, síncope)
		Manter o paciente em repouso e mudar sua posição a cada 2 horas
		Proporcionar alívio à dor e medidas de conforto
Precauções contra embolia	4110	Monitorar o estado neurológico do paciente
		Orientar o paciente e a família sobre as meias elásticas de compressão gradual
		Manter as meias ou mangas elásticas de compressão gradual para evitar o desenvolvimento da síndrome pós-trombótica (SPT), o que é precipitado por coágulo de longa duração na extremidade afetada e fluxo venoso insatisfatório
Controle da Terapia Trombolítica	4270	Aplicar meias ou mangas elásticas de compressão gradual (GECS) para reduzir o risco de TVP ou de recorrência de TVP de acordo com a política da instituição e o protocolo
		Observar se há sinais de hemorragia
Monitorização dos sinais vitais	6680	Monitorar quanto à cianose central e periférica

O conjunto guiado pelo DE risco de trombose está orientado à indivíduos com susceptibilidade de obstrução de um vaso sanguíneo por um trombo alojado em determinado local, desencadeando um processo inflamatório ou trauma e levando à obstrução parcial ou total deste vaso (RODRIGUES et al., 2020).



# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

O trombo é constituído por sangue coagulado composto por plaquetas, fibrina e elementos depositados no lúmen dos vasos sanguíneos (por exemplo, placa aterosclerótica). Esses trombos emergem predominantemente em veias da perna com calibre acentuado e profundas (poplítea, femoral e ilíaca). Portanto, o tromboembolismo venoso (TEV) é subdividido em trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar (TEP) e afeta a circulação arterial pulmonar. Uma vez detectado esse perfil na emergência hospitalar, os enfermeiros são orientados a traçar o DE suprarreferido para direcionar as ações visando redução de danos (PIETSZYK, 2023).

Esse conjunto está intimamente associada a indivíduos do sexo feminino, HAS, usuários de drogas ilícitas, medicações simpaticomiméticas, alcoolistas, tabagistas e com hereditariedade, mobilidade reduzida, idosos, obesos, implantação de cateter venoso profundo, parestesia, paralisia, hereditariedade de TEV, tabagismo, uso de contraceptivos orais combinados ou terapia de substituição hormonal, gravidez ou pós-parto com sintomas decorrentes de decúbitos, mobilização articular e muscular, e técnicas de repouso fortaleceram a cientificidade da intervenção de enfermagem cuidados na embolia periférica (PU et al., 2017; RODRIGUES et al., 2020).

O reconhecimento do histórico do paciente, fatores que compõem a tríade de Virchow (estase, lesão endotelial e hipercoagulabilidade), as indicações e contraindicações da profilaxia medicamentosa, a atenção ao período de repouso e à estimulação dos membros, o uso de meias compressivas e as orientações à fisioterapia motora são ações que possibilitam

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

um melhor prognóstico do paciente, fortalecendo assim o conjunto de ligações NNN estruturado a partir do DE risco de trombose (FONSECA et al., 2022; PIETSZYK, 2023).

As AE elencadas nesta pesquisa estão em conformidade com os dados encontrados na literatura, que mencionam a administração de anticoagulantes, a monitorização de sinais de embolia, as mudanças de decúbito, a mobilização articular e muscular, e as técnicas de repouso que fortaleceram a cientificidade da IE cuidados na embolia periférica (PU et al., 2017; RODRIGUES et al., 2020).

## Conjunto 2.11 - Risco de pressão arterial instável

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	RESULTADO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO
Risco de pressão arterial instável	0267	Estado Circulatório	0401

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	ATIVIDADES DE ENFERMAGEM
Monitorização respiratória	3350	Determinar a necessidade de aspiração após a ausculta de estertores ou roncos sobre as grandes vias aéreas
		Monitorar os níveis de saturação de oxigênio continuamente em pacientes sedados (p. ex., SaO <sub>2</sub> , SvO <sub>2</sub> , SpO <sub>2</sub> ), de acordo com a política da instituição
		Instituir tratamentos de terapia respiratória (p. ex., nebulizador)
		Colocar o paciente em decúbito lateral, quando indicado, para prevenir contra aspiração; movimentar em bloco se houver suspeita de lesão cervical
		Monitorar quanto a dispneia e eventos que melhorem ou piores a falta de ar
Assistência ventilatória	3390	Iniciar esforços de reanimação
Fisioterapia respiratória	3230	Posicionar o paciente com o segmento pulmonar a ser drenado na posição mais alta, fazendo modificações para pacientes incapazes de tolerar a posição prescrita (i.e., evitar a colocação de paciente com DPOC, traumatismo craniano agudo e problemas cardíacos na posição de Trendelenburg, uma vez que pode aumentar a falta de ar, a pressão intracraniana e o estresse, respectivamente)
		Monitorar quantidade e caráter das secreções

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

O conjunto do DE risco de pressão arterial instável é voltado para pacientes que são admitidos nas emergências hospitalares e que relatam sintomas como palpitações, tontura, precordialgia e taquicardia sinusal. Esses sinais clínicos são indicativos de arritmias cardíacas, como bloqueio átrio-ventricular, fibrilação ventricular, extra-sístole ventricular, taquicardia ventricular, fibrilação atrial e flutter atrial (SZPALHER; BATALHA, 2021).

Além dos sintomas mencionados acima, pacientes que relatam conviver com estressores, ansiedade, HAS sem controle medicamentoso, inatividade física e obesidade têm maior probabilidade de sofrer oscilações na pressão arterial (MOTA; LANZA; NOGUEIRA-CORTEZ, 2019).

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

## Conjunto 2.12 - Diminuição do débito cardíaco

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	RESULTADO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO
Diminuição do débito cardíaco	0029	Efetividade da Bomba Cardíaca	0400

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	ATIVIDADES DE ENFERMAGEM
Controle de arritmias	4090	Aplicar eletrodos com fios e conectar a um monitor cardíaco
		Obter ECG de 12 derivações
		Determinar se o paciente tem dor no peito ou síncope associada à arritmia
		Garantir pronto acesso a medicamentos antiarrítmicos emergenciais
		Monitorar a resposta hemodinâmica à arritmia
Cuidados cardíacos	4040	Iniciar e manter o acesso IV
		Monitorar os sinais vitais com frequência
		Monitorar a ocorrência de dispneia, fadiga, taquipneia e ortopneia
Cuidados cardíacos: fase aguda	4044	Monitorar a efetividade da oxigenoterapia
		Manter o equilíbrio hídrico por administração por via IV de fluidos e diuréticos
Promoção da perfusão cerebral	2550	Monitorar quantidade e caráter das secreções
Regulação hemodinâmica	4150	Administrar medicamento para dor
		Orientar o pacientes e familiares sobre o monitoramento hemodinâmico (p. ex., medicamentos, terapias, funções dos equipamentos)

O conjunto do DE diminuição do débito cardíaco revela um volume inadequado de sangue bombeado pelo coração para atender às demandas metabólicas do corpo. Seu comprometimento pode ser causado pelo acúmulo excessivo de líquido no saco pericárdico, levando a um aumento da pressão intrapericárdica que afeta a dinâmica cardíaca. Com essa elevação da pressão, o enchimento ventricular é prejudicado, resultando na redução do débito cardíaco e, conseqüentemente, no tamponamento cardíaco. Suas causas podem incluir traumas, infecções, IAM, neoplasias, pericardite e miocardite (FABRIC et al., 2023).

Os autores supracitados revelam que esse DE está associado à insuficiência cardíaca congestiva (ICC), que evidencia disfunção



# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

diastólica do coração e resulta de alterações estruturais, como fibrose, hipertrofia e remodelação cardíaca, disfunção microvascular e anomalias metabólicas. Isso leva ao aumento da rigidez e à diminuição da compliance cardíaca. A ICC aumenta as pressões de enchimento do ventrículo esquerdo (VE) e provoca alterações estruturais e funcionais no átrio esquerdo, no sistema pulmonar e no ventrículo direito devido ao aumento das pressões a montante. Além disso, compromete a reserva sistólica, principalmente devido a alterações na relação ventrículo-vascular.

O RE recomendado para este quadro é efetividade da bomba cardíaca (NUNES et al., 2020). No entanto, para que este seja bem-sucedido, é necessário que a equipe de enfermagem execute ações voltadas para o controle dos sinais e sintomas, a gestão da dor, a estabilização das arritmias e o controle hemodinâmico.

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

## Conjunto 2.13 - Risco de perfusão de tecido cerebral ineficaz

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	RESULTADO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO
Risco de perfusão de tecido cerebral ineficaz	0201	Perfusão Tissular: Cerebral	0406

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	ATIVIDADES DE ENFERMAGEM
Promoção da perfusão cerebral	2550	Administrar e titular os agentes vasoativos, conforme prescritos, para manter os parâmetros hemodinâmicos
		Obter amostra de sangue para monitorar o nível de hematócrito, os eletrólitos e glicemia
		Administrar medicamento para dor
		Administrar medicamentos anticoagulantes, antiplaquetários e trombolíticos
		Monitorar ingestão e eliminação
Controle de edema cerebral	2540	Auscultar sons pulmonares para detecção de crepitações ou outros sons adventícios
		Monitorar o estado neurológico atentamente e comparar com os dados iniciais
Primeiros socorros	6240	Evitar flexão do pescoço ou flexão extrema de quadril Joelho
		Monitorar sinais vitais
		Monitorar quantidade e caráter das secreções
		Orientar o paciente e familiares sobre o monitoramento hemodinâmico (p. ex., medicamentos, terapias, funções dos equipamentos)

O DE risco de perfusão do tecido cerebral ineficaz é aplicável a casos de aneurisma intracraniano, caracterizado por uma dilatação de vasos sanguíneos com um risco significativo de ruptura que pode resultar em hemorragia subaracnóidea, bem como a casos de AVE em suas duas apresentações: AVC isquêmico, que envolve a oclusão vascular cerebral trombótica ou embólica, e AVC hemorrágico, que envolve a ruptura vascular com consequente hemorragia subaracnóidea ou intraparenquimatosa (FONSECA et al., 2022).

Essas condições clínicas podem resultar em prejuízos na motricidade, cognição e capacidade de comunicação. Portanto, para fornecer assistência com o objetivo de reduzir danos associados ao risco de perfusão cerebral ineficaz, as IE relacionadas às áreas de promoção da perfusão cerebral,

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

controle do edema cerebral e primeiros socorros são essenciais.

Isso envolve a monitorização de hematócrito e sinais vitais, fornecimento de orientações para o repouso e restrição de flexões, como sugerido na literatura (ARAÚJO, 2014; GODEGUEZ; WATERS, 2019).

## 3º PFS: ELIMINAÇÕES

### Conjunto 3.1 - Retenção urinária

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	RESULTADO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO
Retenção urinária	0023	Eliminação urinária	0503

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	ATIVIDADES DE ENFERMAGEM
Cateterismo vesical intermitente	0582	Realizar uma avaliação urinária abrangente concentrando-se causas da incontinência (p. ex. débito urinário, padrão de micção urinária, função cognitiva e problemas urinários preexistentes)
Cateterismo vesical	0580	Realizar ou orientar o paciente a realizar cateterismo intermitente limpo
Cuidados na retenção urinária	0620	Utilizar o poder da sugestão abrindo a torneira da pia ou dando descarga no vaso sanitário
		Estimular o reflexo da bexiga aplicando compressas frias sobre o abdome
		Monitorar a ingestão e a eliminação de líquidos
		Monitorar o grau de distensão da bexiga urinária por palpação e percussão
Regulação hemodinâmica	4150	Inserir cateter urinário
Redução do Sangramento: Útero Pós-Parto	4026	Passar sonda foley com coletor de urina para monitorar débito urinário
		Solicitar exames laboratoriais ou sangue de emergência

A retenção urinária é uma disfunção sistêmica aguda ou crônica frequente que tem representatividade em pacientes de obstetria, ortopedia, reabilitação e neurologia. Ela está relacionada com condições como esclerose múltipla, lesões

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

medulares e AVC, e pode estar associada a diversos fatores, como uso de fármacos colinérgicos ou analgésicos, tipo de cirurgia, posição e falta de privacidade durante a micção (FERREIRA; SIMÕES, 2019; LIMA et al., 2019).

Para anteceder essa definição é realizada uma avaliação com base em sinais clínicos reportados pelo paciente ou por meio de exame clínico. Os sinais clínicos incluem dor abdominal suprapúbica, palpação do globo vesical, agitação no leito, incapacidade de urinar, incapacidade de urinar, sudorese, agitação, calafrios e cefaleia.

No vislumbre dessa sintomatologia, inicia-se as IE que converge com as listadas e validadas no mapeamento, incluindo as não invasivas: estimulação à micção espontânea, preservando a privacidade do cliente; uso de compressas frias na região suprapúbica; abrir a torneira para concentrar o paciente no barulho da água. Sem sucesso, pauta-se nas invasivas, como a realização do cateterismo vesical asséptico intermitente (FERREIRA; SIMÕES, 2019; LIMA et al., 2019).

No que se refere à sondagem vesical, considera-se a realização da ultrassonografia vesical, reduz a quantidade de algália desnecessária, diminui as taxas de infecção do trato urinário, reduz evolução para internação e hospitalização, e tem um baixo custo e alto benefício. Sendo esse último devido pequeno investimento inicial na compra do equipamento e redução da necessidade de cateterismo urinário, diminuindo o tempo de trabalho do enfermeiro e reduzindo os gastos com recursos materiais para a realização do procedimento (FERREIRA; SIMÕES, 2019; LIMA et al., 2019; LOPES et al., 2022).



suprapúbica, palpação do globo vesical, agitação no leito, incapacidade de urinar, incapacidade de urinar, sudorese, agitação, calafrios e cefaleia.

No vislumbre dessa sintomatologia, inicia-se as IE que converge com as listadas e validadas no mapeamento, incluindo as não invasivas: estimulação à micção espontânea, preservando a privacidade do cliente; uso de compressas frias na região suprapúbica; abrir a torneira para concentrar o paciente no barulho da água. Sem sucesso, pauta-se nas invasivas, como a realização do cateterismo vesical asséptico intermitente (FERREIRA; SIMÕES, 2019; LIMA et al., 2019).

No que se refere à sondagem vesical, considera-se a realização da ultrassonografia vesical, reduz a quantidade de algaliação desnecessária, diminui as taxas de infecção do trato urinário, reduz evolução para internação e hospitalização, e tem um baixo custo e alto benefício. Sendo esse último devido pequeno investimento inicial na compra do equipamento e redução da necessidade de cateterismo urinário, diminuindo o tempo de trabalho do enfermeiro e reduzindo os gastos com recursos materiais para a realização do procedimento (FERREIRA; SIMÕES, 2019; LIMA et al., 2019; LOPES et al., 2022).

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

## Conjunto 3.2 - Risco de incontinência urinária

DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	RESULTADO DE ENFERMAGEM	CODIGO
Risco de incontinência urinária de urgência	0022	Continência urinária	0502

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	ATIVIDADES DE ENFERMAGEM
Cateterismo vesical intermitente	0582	Orientar o paciente/família sobre o propósito, o equipamento, o método e o motivo da sondagem intermitente
		Providenciar um local quieto e privado para o procedimento
		Montar o equipamento de sondagem apropriado
		Usar técnica limpa ou estéril para sondagem
		Monitorar a cor, odor e aparência da urina
		Orientar o paciente/família sobre os sinais e sintomas de infecção do trato urinário
		Orientar o paciente/família sobre a técnica de sondagem intermitente limpa
Cateterismo vesical	0580	Manter um sistema de drenagem urinária fechado e sem obstruções
		Colocar a bolsa de drenagem abaixo do nível da bexiga
		Usar o menor cateter possível
		Conectar a sonda de demora a uma bolsa de drenagem presa ao leito ou à perna do paciente
		Fixar o cateter na pele
		Manter um registro detalhado da rotina de sondagem, ingestão e eliminação de líquidos
		Orientar o paciente e a família sobre os cuidados apropriados ao cateter
Redução da Ansiedade	5820	Avaliar sinais verbais e não verbais de ansiedade
Controle do choque: hipovolêmico	4258	Monitorar exames laboratoriais (p. ex., lactato sérico, equilíbrio acidobásico, perfis metabólicos e eletrólitos)

A incontinência urinária é a passagem involuntária de urina ocorrendo logo após uma forte sensação ou urgência para urinar, caracterizada em dois modos. A transitória, como o próprio nome demonstra, é reversível, uma vez que é proveniente de condições externas que podem ser tratadas. A persistente ocorre mesmo após os problemas transitórios serem resolvidos e divide-se em quatro grupos: de urgência (perda abrupta de urina após forte desejo de urinar); de esforço (perda involuntária associada ao esforço físico); de transbordamento (quando ocorre perda de urina após exceder a capacidade total de armazenamento pela bexiga); e funcional (relaciona-se à incapacidade ou falta de vontade de ir ao banheiro) (BORGES et al., 2019).

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

Esse transtorno está presente no processo de envelhecimento e causa prejuízos físicos, sociais e emocionais aos seus portadores, incapacitando-os nas atividades diárias, como se despir para atender às necessidades fisiológicas e ter relações sexuais, o que pode levar a uma baixa autoestima e depressão. Para sua detecção, deve-se questionar e monitorar o paciente quanto à sua mobilidade, ações no banheiro, doenças preexistentes, ingestão hídrica e eliminação, a fim de estabelecer um plano de cuidados tangível que leve em consideração as condições físicas e psicológicas desse público (BORGES et al., 2019).

Os autores Borges et al. (2019) mencionam ações de enfermagem tangíveis no conjunto estruturado, como inserção e troca de fraldas descartáveis e disponibilização de roupas de cama limpas e confortáveis.

## Conjunto 3.3 - Risco de lesão do trato urinário

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	RESULTADO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO
Risco de lesão do trato urinário	0250	Controle de riscos: processo infeccioso	1924

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	ATIVIDADES DE ENFERMAGEM
Cateterismo vesical intermitente	0582	Orientar o paciente/família sobre o propósito, o equipamento, o método e o motivo da sondagem intermitente
		Providenciar um local quieto e privado para o procedimento
		Montar o equipamento de sondagem apropriado
		Usar técnica limpa ou estéril para sondagem
		Monitorar a cor, odor e aparência da urina
		Orientar o paciente/família sobre os sinais e sintomas de infecção do trato urinário
		Orientar o paciente/família sobre a técnica de sondagem intermitente limpa

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

O trato urinário saudável é um sistema estéril, localizado acima da uretra. Quando contaminado, as bactérias se fixam no epitélio do trato urinário, através da passagem pela uretra (SILVA et al., 2020; SILVA et al., 2021b).

Essa contaminação é recorrente em indivíduos que são submetidos ao cateterismo ou SVD, sexo feminino, disfunções anatômicas, uropatias obstrutivas da próstata em homens, esvaziamento incompleto da bexiga por prolapso uterino nas mulheres, declínio do status cognitivo, institucionalização, que são fatores predisponentes para o DE risco de lesão no trato urinário (SILVA et al., 2020; SILVA et al., 2021b).

Entre as ligações NNN para pacientes com possíveis alterações no trato urinário, ressalta as AE da IE cateterismo vesical intermitente. O DE citado está associado ao risco de infecção, dor aguda e proteção ineficaz (SILVA et al., 2020).

## Conjunto 3.4 - Continência intestinal prejudicada

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	RESULTADO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO
Continência intestinal prejudicada	0319	Continência intestinal	0500

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	ATIVIDADES DE ENFERMAGEM
Cuidados na incontinência intestinal	0410	Eliminar a causa da incontinência (p. ex., medicamentos, infecções, impactação fecal), se possível
		Determinar o início e tipo de incontinência intestinal, a frequência dos episódios e todas as mudanças relacionadas à função intestinal ou consistência fecal



# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

## Conjunto 3.5 - Diarreia

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	RESULTADO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO
Diarreia	0013	Continência intestinal	0500

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	ATIVIDADES DE ENFERMAGEM
Controle da diarreia	0460	Observar o turgor da pele regularmente
		Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de diarreia
		Ensinar o paciente a eliminar da dieta alimentos picantes e formadores de gases
		Identificar fatores (p. ex., medicações, bactérias, alimentação por sonda) capazes de causar ou contribuir para a diarreia
Controle de dor: aguda	1410	Certificar-se de que o paciente recena cuidados analgésicos rápidos antes que a dor se torne intensa ou antes de atividades que induzem dor
Controle de hipoglicemia	2130	Administrar glicose endovenosa
Administração de medicamentos: intravenosa (IV)	2314	Manter o acesso EV

A incontinência fecal é frequente em idosos. Pacientes acometidos por esse desarranjo geralmente possuem algum transtorno cerebrovascular, fazem uso de polifarmácia, são doentes crônicos e fazem uso de laxativos preventivos mesmo sem recomendação médica, ficando susceptíveis a prejuízos na motilidade, redução de reflexos e cólon atônico. A partir desse pressuposto, as IE elencadas corroboram aos encontrados em estudos científicos, nos quais se define que é imprescindível detectar e eliminar a causa desse problema (GOMES, 2021). Nessa sequência, o conceito de diarreia é visto como fragilidade no conhecimento dos profissionais de enfermagem.

É fundamental que para a execução de IE, a enfermagem entenda sua definição: três ou mais episódios de evacuações líquidas ou semilíquidas por dia. Para isso, após o fortalecimento desse termo, é indispensável que se entenda que os motivos causais envolvem desde o aporte calórico/volume em excesso,

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

composição, velocidade da infusão e contaminação através do manuseio da dieta enteral e sua osmolalidade, fatores extrínsecos como desnutrição, doenças do trato gastrointestinal, disabsorção intestinal, motilidade intestinal, intolerâncias ou alergias e fatores psicológicos, são vistos como fragilidade no conhecimento do profissional de enfermagem (SIQUEIRA; MELO, 2021). Todas essas ações citadas nos conjuntos de ligação NNN.

## 4º PFS - Cognitivo-perceptivo

### Conjunto 4.1 Risco de tentativa de fuga

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	RESULTADO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO
Risco de tentativa de fuga	0290	Comportamento de busca da saúde	1603

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	ATIVIDADES DE ENFERMAGEM
----------------------------	--------	--------------------------

Precauções contra fuga	6470	Tranquilizar e dar conforto
		Providenciar uma pulseira de identificação para o paciente
		Providenciar dispositivos adaptativos para limitar a mobilidade, quando preciso (por ex. contenções físicas)
		Monitorar paciente quanto a indicadores de potencial de fuga (p. ex., indicadores verbais, paciente vagando próximo a saídas, desorientação, ansiedade de separação, e saudades de casa)
		Virar o paciente imobilizado pelo menos a cada 2 horas, de acordo com cronograma específico
Redução do sangramento: útero pós-parto	4026	Manter o paciente e a família informados sobre a condição clínica e o controle clínico da paciente
Contenção química	6430	Monitorar o nível de consciência

A evasão, consiste na saída de pessoas internadas não comunicada e não autorizada pelo profissional de saúde de um determinado setor que presta cuidados a clientes. Esse tipo de evento adverso tem sido evidenciado de forma recorrente no

ambiente hospitalar, o que demanda a necessidade de investigar esse tema e buscar alternativas para evitar que os pacientes desistam do tratamento proposto (BORBA, 2020).

A fuga tem fatores de risco que influenciam o aumento da vulnerabilidade de indivíduos, famílias, grupos ou comunidades a um evento não saudável, ou seja, são sinalizadores de possíveis desfechos negativos e que podem ser prevenidos (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Nesses casos, é fundamental estabelecer estratégias que promovam barreiras de segurança para que os eventos de evasão não se tornem recorrentes, pois ações planejadas evitam danos aos pacientes (BORBA, 2020).

Os autores Santos e Repetto (2020) afirmam que a evasão de serviços de saúde está relacionada a problemas financeiros dos clientes e à fragilidade dos sistemas hospitalares, como a desatenção e o comportamento inadequado dos profissionais. No entanto, não foram encontradas na literatura ações que orientem a enfermagem a evitar esses desfechos, apenas orientações para respaldar a equipe multiprofissional após o paciente evadir (BRASIL, 2020). Diante do fato exposto, este conjunto vem acrescentar às atividades recomendadas.

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

## Conjunto 4.2 Dor aguda

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CODIGO	RESULTADO DE ENFERMAGEM	CODIGO
Dor aguda	0132	Estado de conforto	2008

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	CODIGO	ATIVIDADES DE ENFERMAGEM
Controle de dor: aguda	1410	Fornecer informações precisas à família sobre a experiência de dor do paciente
		Observar sinais de desconforto, principalmente naqueles que não conseguem se comunicar efetivamente
		Certificar-se de que o paciente receba cuidados analgésicos rápidos antes que a dor se torne intensa ou antes de atividades que induzem dor

## Conjunto 4.3 Síndrome de dor crônica

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CODIGO	RESULTADO DE ENFERMAGEM	CODIGO
Síndrome de dor crônica	0255	Gravidade da solidão	1203

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	CODIGO	ATIVIDADES DE ENFERMAGEM
Controle de dor: aguda	1410	Observar para pistas não verbais de desconforto, especialmente naqueles incapazes de se comunicar efetivamente
		Realizar avaliação abrangente de dor, incluindo localização, início, duração, frequência e intensidade da dor, bem como fatores de melhora e desencadeantes
		Certificar-se de que o paciente receba cuidados analgésicos rápidos antes que a dor se torne intensa ou antes de atividades que induzem dor
Controle de dor: crônica	1415	Monitorar a dor utilizando um instrumento de classificação válido e confiável apropriado para a idade e a capacidade de comunicação
		Determinar o impacto da experiência da dor sobre a qualidade de vida (p. ex., sono, apetite, atividade, cognição, humor, relacionamentos, desempenho no trabalho e responsabilidades)
		Avaliar as experiências passadas com a dor para incluir a história individual e/ou familiar de dor crônica ou incapacidade resultante
Controle de náusea	1450	Orientar o paciente e a família sobre os princípios de controle da dor
		Reduzir ou eliminar fatores que precipitem ou aumentem a experiência da dor (p. ex., medo, fadiga, monotonia, falta de conhecimento)



# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano presente ou potencial. Pode ser categorizada como dor aguda (com duração até 3 meses) e dor crônica (superior a 3 meses) (SANTANA, et al., 2021).

Ela tem como casuística alterações psicossomáticas e compressão de ossos, cartilagens, fáscia, tecido cicatricial, músculos e nervos. A dor aguda foi acentuada no estudo de Gimenes et al. (2020) e para sua investigação foram observados os registros de intensidade de dor durante aferição dos sinais vitais e a contagem de dor e frequência respiratória desse DE (SANTANA et al., 2021).

Na região Centro-Oeste concentra a maior prevalência de dor crônica a nível Brasil. As dores referidas estão situadas em membros inferiores, cabeça, articulações e membros superiores. Todavia, a maior incidência está na região lombar, sacro e cóccix (AGUIAR et al., 2021).

O conjunto norteado por DE dor aguda é prevalentes em pacientes com doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, traumatismo, inflamações e doenças oncológicas. Esse último também está inserido em DE síndrome de dor crônica, pois para seu estabelecimento, investigam-se as principais causas, que frequentemente estão associadas às afecções musculoesqueléticas (SANTANA et al., 2021).

Os autores acima reforçam que uma avaliação inicial de enfermagem com exame físico direcionado aos pontos dolorosos é o padrão-ouro para suas classificações. Durante essa palpação, é possível detectar os trigger points, pontos

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

musculares rígidos, palpáveis, com discretos nódulos localizados dentro de bandas musculares, dolorosos à compressão em uma qualidade semelhante à dor referida pelo paciente e associados ao quadro, o paciente pode ter sintomas neurológicos como parestesias, disfunções motoras e autonômicas.

O manejo da dor no serviço de emergência é complexo em virtude da sua subjetividade e ainda continua sendo um desafio. A qualidade assistencial, segura e efetiva, evitará complicações secundárias ao prolongamento do período da dor, assim como proporcionará ao paciente maior conforto no atendimento nesses locais (VIVEIROS et al., 2018).

Para tal, os enfermeiros desses setores devem estar munidos de conhecimento a fim de compreender a forma de expressão da dor do paciente e oferecer tratamento eficaz para essa queixa, evitando-se efeitos deletérios decorrentes desse sintoma (VIVEIROS et al., 2018).

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

## Conjunto 4.4 - Conforto prejudicado

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	RESULTADO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO
Conforto prejudicado	0214	Estado de conforto	0208

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	ATIVIDADES DE ENFERMAGEM
Controle do ambiente: conforto	6482	Proporcionar um ambiente limpo e seguro
		Fornecer ou remover cobertores para promover conforto térmico
		Posicionar paciente para facilitar o conforto
		Evitar exposições desnecessárias a correntes de ar, calor extremo, ou friagem
		Ajustar a luz para satisfazer as necessidades das atividades individuais, evitando que a luz incida diretamente sobre os olhos
		Evitar exposição da pele ou mucosas a irritantes
		Determinar a causa do desconforto, como curativos molhados, posicionamento dos tubos, curativos apertados, roupa de cama amarrotada e irritantes ambientais
		Facilitar medidas específicas de higiene para manter o indivíduo confortável (p. ex., enxugando a testa, aplicando cremes para a pele, ou limpando o corpo, cabelos e a cavidade oral)
		Monitorar a pele quanto a sinais de pressão ou irritação, especialmente em proeminências ósseas;

Os usuários do serviço de emergência sentem-se desconfortáveis devido ao processo patológico instalado e, consequentemente, pelo ambiente (sinalizações, barulhos, tráfego) e pelos sentimentos que se agregam ao problema de saúde (CARDOSO; CALDAS; SOUZA, 2019).

O alvo dessa sinalização são pacientes que relatam dores decorrentes de processos inflamatórios e infecciosos, irritabilidade, ansiedade e desconforto devido a alterações nos padrões fisiológicos (CARDOSO; CALDAS; SOUZA, 2019).

Portanto, conjunto direcionado é listado a partir da correlação com outros, devido a necessidade de transcender o físico, psíquico, espiritual e cultural dos clientes. Assim, os autores aponta ações pautadas na promoção da calma, tranquilidade e satisfação, geralmente visando superação da dor (PONTE et al., 2019; HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

## Conjunto 4.5 - Náusea

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	RESULTADO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO
Náusea	0134	Gravidade de náusea e vômitos	2107

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	ATIVIDADES DE ENFERMAGEM
Controle de náusea	1450	Certificar se fármacos antieméticos efetivos estão sendo administrados para prevenir a náusea quando possível (exceto para a náusea relacionada com gravidez)
		Incentivar a aprender estratégias para controlar a própria náusea
		Identificar os fatores (p. ex., medicação e procedimentos) capazes de causar náusea ou contribuir para ela
		Reduzir ou eliminar fatores pessoais que precipitem ou aumentem a náusea (p. ex., ansiedade, cansaço e falta de conhecimentos)
		Identificar estratégias que tenham sido bem-sucedidas no alívio da náusea
Prevenção do choque	4260	Controlar os fatores ambientais capazes de evocar a náusea (p. ex., odores aversivos, som e estimulação visual desagradável)
Alimentação por cateter enteral	1056	Monitorar os sinais/sintomas de ascite e dor abdominal ou dorsal
		Monitorar quanto à presença de ruídos hidroaéreos a cada 4 a 8 horas

Náusea diz respeito a sensação desagradável na parte posterior da garganta, epigástrio ou abdôme, que pode ou não levar ao vômito. Entre as causas estão administração de opioides, predisposição pessoal, fatores psicossomáticos, dor, acidose, hipoglicemia, hipóxia cerebral devido à hipotensão arterial, hipercapnia, hipercalemia, desidratação, uso de anestésicos halogenados, narcóticos, pós-cirurgia intra-abdominal e estimulação da orofaringe (LIMA et al., 2019).

As gastroplastias apresentam alta incidência de náuseas e vômitos pós-operatórios. Atualmente, essas complicações são descritas como as mais frequentes em indivíduos submetidos a algum procedimento cirúrgico que envolve o uso de anestésicos e sedativos. A ocorrência desses sintomas pode frequentemente resultar em complicações, como pneumonia aspirativa devido aos vômitos, deiscência de suturas, desidratação, alterações hidroeletrólíticas, ruptura do esôfago e



# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

aumento da pressão intracraniana (SILVA et al., 2020).

As ações deste conjunto são realizadas desde a escuta qualificada do enfermeiro até as ações recorrentes prestados pelos profissionais da equipe. Assim, é necessário que estejam atentos aos sintomas referidos que podem associar ao vômito, e desencadear perda de eletrólitos e fluidos, e consecutivamente sangramento, aspiração pulmonar, aumento da pressão intracraniana e desidratação. Portanto, as AE listadas vão de encontro com a literatura (LIMA et al., 2019).

## Conjunto 4.6 - Comunicação verbal prejudicada

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	RESULTADO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO
Comunicação verbal prejudicada	0051	Comunicação	0902

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	ATIVIDADES DE ENFERMAGEM
Controle de alucinações	6510	Promover comunicação clara e aberta
Dizer a verdade	5470	Responder a estímulos verbais e não verbais durante o processo de comunicação
Melhora da comunicação: déficit auditivo	4974	Ouvir atentamente, dando tempo adequado ao paciente para processar a comunicação e responder
Fortalecimento da autoestima	5400	Encorajar o contato visual durante a comunicação com os outros

Pacientes internados em unidades de emergência e unidade de terapia intensiva ficam inseguros, sofrem pela necessidade de dependência e por estarem em um local diferente do que estão habituados. Além desse fator, o quadro de confusão desencadeia no usuário uma capacidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e/ou usar um sistema de símbolos

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

usar um sistema de símbolos (MACHADO et al., 2021). Além dos fatos mencionados acima, os pacientes idosos, que têm maior risco de quedas, infecções, incontinência, lesões por pressão, desidratação e delírio, sofrem um impacto maior na memória. Nessa vertente, Moraes et al. (2018) propõem aos enfermeiros um olhar atento à forma de expressão desses indivíduos, que por vezes vai além da verbalização, fortalecendo as IE e AE propostas para este conjunto, uma vez que a comunicação é uma necessidade humana básica que fundamenta todas as relações interpessoais (CARDOSO et al., 2020).

Ressalta-se que o DE comunicação verbal prejudicada está correlacionado à síndrome geriátrica de isolamento social na dimensão do conforto sociocultural (FERNANDES et al., 2019; CARDOSO et al., 2020).

## 8º PFS - Resposta e tolerância ao estresse

### Conjunto 8.1 Medo

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	RESULTADO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO
Medo	0148	Nível de desconforto	2109

Técnica para acalmar	5880	Manter contato visual com o paciente
Melhora do enfrentamento	5230	Usar uma abordagem calma, tranquilizadora
		Avaliar a compreensão do paciente sobre o processo da doença
		Auxiliar o paciente a identificar metas adequadas de curto e longo prazo

Medo consiste em resposta emocional básica e intensa despertada pela detecção de iminentes ameaças, envolvendo uma reação de alarme imediata (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

Durante a pandemia da COVID-19, esse sentimento foi repercutido pelos impactos como foco na paramentação, medidas de proteção, mudanças no estilo de vida, isolamento e diminuição ou cessação do contato interpessoal direto. Pacientes que buscavam atendimento inicial relatavam medo de adoecer e de se isolar (PARRA; CORRÊA; UEHARA, 2023).

Todavia, recorrentemente esse conjunto se demonstra compatível Presente em familiares de pacientes oncológicos, no que tange ao receio de falar sobre o diagnóstico, bem como efeitos negativos, como tristeza, medo, aflição, fé, impacto, esperança, questionamentos, morte, dor e desespero (FERNANDES et al., 2019).

Para mitigar esses sentimentos, os profissionais de enfermagem devem proporcionar um ambiente humanizado, baseado na explicação de termos e significados que a família e o paciente tem medo ou não compreendem, fortalecendo a confiança, o vínculo e, conseqüentemente, melhorando o estado de saúde (FERNANDES et al., 2019; CASTRO et al., 2023). Esses apontamentos corroboram com os dados deste conjunto.

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

## Conjunto 8.2 - Ansiedade

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	RESULTADO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO
Ansiedade	0146	Nível de ansiedade	1211

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	ATIVIDADES DE ENFERMAGEM
Redução de ansiedade	5820	Providenciar medicamentos ansiolítico
		Orientar o paciente sobre métodos para reduzir a ansiedade
		Reduzir ou eliminar estímulos geradores de medo ou ansiedade
		Observar sinais verbais e não verbais de ansiedade
		Explicar todos os procedimentos, inclusive sensações que o paciente possa ter durante o procedimento

A ansiedade repercute no período de exaustão do estresse com respostas emocionais difusas a curto ou longo prazo, podendo ser caracterizada como temporariedade ou a longo tempo cronicidade do transtorno mental (CAVALCANTE et al., 2022; HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Esse conjunto abarca condutas que orientam a melhorias no nível de ansiedade, evidenciado pela condição física e espiritual que estimulou a busca em emergência hospitalar, inicialmente desencadeada pela fragilidade no sistema orgânico e psicológico, que repercute com sinais de degradação de órgãos vulneráveis (CAVALCANTE et al., 2022).

Embora esteja instalado desde a admissão nas emergências, pode ser potencializado pelas sinalizações ruidosas e visuais, que impactam na escuta e na compreensão, sendo essa última originada pela utilização equipamentos de proteção individual, como de máscaras faciais e aventais, por se tratar de ala porta de entrada a microorganismos (CAVALCANTE et al., 2022).



# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

Assim, Calvalcante et al. (2022) apontam que para êxito no desfecho dessa condição é fundamental que a enfermagem realize escuta qualificada a fim de reconhecer as aflições que estão encaminhando ao desenvolvimento da ansiedade e projetem condições tangíveis para os pacientes no período de estadia destes nesse setor, vislumbrando impactos positivos a saúde.

## 9º PFS - Crença e valor

### Conjunto 9.1 - Angústia espiritual

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	RESULTADO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO
Angústia espiritual	0066	Resiliência pessoal	1309
Facilitação do crescimento espiritual	5426	Encorajar diálogo que ajude o paciente a resolver suas questões espirituais	
		Encorajar o uso de rituais e celebrações espirituais	

Angústia espiritual reflete um estado de sofrimento relacionado à capacidade prejudicada de integrar significado e propósito na vida por meio de conexões consigo mesmo, com os outros, com o mundo e/ou com um poder maior do que si mesmo (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Na pesquisa de Andrade e Lins (2023), menciona-se que esse DE (angústia espiritual) é pouco utilizado devido à sua subjetividade e à falta de preparo dos profissionais. Eles também afirmam que abordar a dimensão psicoespiritual, principalmente em relação ao sofrimento espiritual, é um processo complexo que requer a integração dos profissionais nessa área.

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

No estudo de Oliveira, Bocchi e Popim (2020), é apontado que a espiritualidade está presente na prática clínica dos enfermeiros na interação entre o enfermeiro e o paciente, mas a assistência espiritual não é registrada como um cuidado de enfermagem. Isso se deve ao modelo biomédico incorporado na profissão, ao foco em diagnósticos de fundamentos fisiológicos, bem como aos tabus e preconceitos que envolvem esse tema.

## 10º PFS - Atividade e exercício

### Conjunto 10.1 - Risco de quedas em adultos

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	RESULTADO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO
Risco de queda em adultos	0303	Conhecimento: prevenção de quedas	1828

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	ATIVIDADES DE ENFERMAGEM
Prevenção de quedas	6490	Identificar déficits cognitivos ou físicos do paciente que podem aumentar o potencial de quedas em um ambiente específico
		Usar as técnicas apropriadas para transferir o paciente da e para a cadeira de rodas, cama, vaso sanitário
		Manter dispositivos de assistência em boas condições de funcionamento
		Usar as grades laterais com comprimento e altura apropriados para impedir a queda do leito, conforme necessário
		Travar as rodas da cadeira de rodas, da cama ou da maca durante a transferência do paciente
		Auxiliar o indivíduo sem firmeza com a deambulação
		Fornecer a iluminação adequada para aumentar a visibilidade
		Providenciar degraus largos e antiderrapantes resistentes para facilitar o acesso

O conjunto orientado pelo DE risco de queda em adultos destina-se a adultos suscetíveis a experimentar um evento que resulte em descanso inadvertido, intencional ou não, no térreo, andar ou outro nível inferior, o que pode comprometer a saúde (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

Essa limitação é encontrada em indivíduos acometidos por AVC devido à hemiparesia ou hemiplegia, perda de força, contrações involuntárias e rigidez das articulações, que dificultam a locomoção adequada. Sua prevalência é mantida em adultos e idosos do sexo feminino, sem acompanhantes. Quanto a característica da queda, são da própria altura devido a escorregões e força diminuída (SANTOS; PADULA; WATERS, 2019; BARBOSA et al., 2019).

As quedas comprometem a estrutura óssea, a massa muscular, a visão e a compreensão. Possuem incidência no período noturno e são pontuadas como evento adverso que carece de notificação. Por meio deste documento, as instituições estabelecem condutas para reduzir essas ocorrências (Rosa et al., 2019) e a partir das AE contribuir para a segurança e o bem-estar de pacientes que possuem ou não acompanhantes.

Nesses casos, é fundamental estabelecer estratégias que promovam barreiras de segurança para que os eventos de evasão não se tornem recorrentes, pois ações planejadas evitam danos aos pacientes (BORBA, 2020). Os autores Santos e Repetto (2020) afirmam que a evasão de serviços de saúde está relacionada a problemas financeiros dos clientes e à fragilidade dos sistemas hospitalares, como a desatenção e o comportamento inadequado dos profissionais. No entanto, não foram encontradas na literatura ações que orientem a enfermagem a evitar esses desfechos, apenas orientações para respaldar a equipe multiprofissional após o paciente evadir (BRASIL, 2020). Diante do fato exposto, este conjunto vem acrescentar às atividades recomendadas.

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

Assim, este conjunto traz AE reduzidas para estimular a aplicação desse diagnóstico e fortalecer o empenho da equipe em relação a essa temática.

Na pesquisa de Andrade e Lins (2023), menciona-se que esse DE (angústia espiritual) é pouco utilizado devido à sua subjetividade e à falta de preparo dos profissionais. Eles também afirmam que abordar a dimensão psicoespiritual, principalmente em relação ao sofrimento espiritual, é um processo complexo que requer a integração dos profissionais nessa área.

No estudo de Oliveira, Bocchi e Popim (2020), é apontado que a espiritualidade está presente na prática clínica dos enfermeiros na interação entre o enfermeiro e o paciente, mas a assistência espiritual não é registrada como um cuidado de enfermagem. Isso se deve ao modelo biomédico incorporado na profissão, ao foco em diagnósticos de fundamentos fisiológicos, bem como aos tabus e preconceitos que envolvem esse tema.

Assim, este conjunto traz AE reduzidas para estimular a aplicação desse diagnóstico e fortalecer o empenho da equipe em relação a essa temática.



# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

## Conjunto 10.2 - Tolerância à atividade diminuída

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	RESULTADO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO
Tolerância de atividade diminuída	0298	Tolerância à atividade	0005

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	ATIVIDADES DE ENFERMAGEM
Terapia com exercício: deambulação	0221	Auxiliar o paciente a sentar-se na lateral da cama para facilitar os ajustes posturais
		Orientar o paciente/cuidador quanto às técnicas de transferência segura e de deambulação
		Monitorar o paciente durante o uso de muletas ou de outros dispositivos de auxílio de marcha
		Estimular a deambulação independente dentro dos limites seguros
		Auxiliar o paciente na deambulação inicial
		Aplicar/ fornecer dispositivo de assistência (bengala, andador ou cadeira de rodas) para deambulação se o paciente não puder manter o equilíbrio
Terapia com exercício: controle muscular	0226	Avaliar as funções sensoriais (p. ex., visão, audição e propriocepção)
Terapia com exercício: mobilidade articular	0224	Auxiliar no movimento articular rítmico regular dentro dos limites da dor, resistência e da mobilidade articular

O conjunto norteador pelo DE tolerância à atividade diminuída retrata a resistência insuficiente dos indivíduos para completar as atividades diárias exigidas ou desejadas (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

No estudo de Galvão et al. (2016), esse DE obteve uma frequência maior que 79% nos pacientes com insuficiência cardíaca congestiva (ICC). Essa ocorrência foi resultado do desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio, fraqueza generalizada, traduzida como sinais e sintomas da descompensação, originados da congestão sistêmica ou pulmonar.

O termo deste DE é uma CD do DE síndrome do idoso frágil. Esse apontamento orientam o enfermeiro a avaliar indivíduos na

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

fase idosa e identificar os FR buscando força muscular diminuída; disfunção cognitiva; equilíbrio postural prejudicado; desnutrição; obesidade; tristeza; apoio social inadequado; exaustão; medo de quedas; estilo de vida sedentário (SOUZA et al., 2023).

Esse conjunto também é apontado na literatura como prevalente em indivíduos acometidos por IAM devido ao comprometimento da mobilidade física, ao desequilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio no miocárdio, ao déficit de irrigação sanguínea, à fadiga e à presença de dor (CUNHA, 2019).

Devido ser um DE que orienta a reabilitação das conservações energéticas dos pacientes, foi proposto AE factíveis na emergência. A imobilidade tem influência nos sistemas: respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, músculo-esquelético, genitourinário, metabólico, cutâneo e neurológico (Cerol et al., 2019). Por este motivo torna-se tão importante a reabilitação a nível do setor que o paciente encontra-se. Na emergência, pode-se auxiliar ao nível da imobilidade, incentivando o autocuidados e avaliando os outros sentidos. Tais apontamentos são assinalados no conjunto, buscando incentivar o desenvolvimento da tolerância as atividades diárias.

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

## Conjunto 10.3 Fadiga

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	RESULTADO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO
Fadiga	0093	Nível de fadiga	0007

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	ATIVIDADES DE ENFERMAGEM
Controle de energia	0180	Encorajar a verbalização dos sentimentos sobre as limitações
		Monitorar a resposta cardiorrespiratória à atividade (p. ex., taquicardia, outras arritmias, dispneia, diaforese, palidez, pressões hemodinâmicas, frequência respiratória)
		Reduzir desconfortos físicos que possam interferir com a função cognitiva e automonitoramento/regulação das atividades
		Auxiliar o paciente a entender os princípios de conservação de energia (p. ex. necessidade de restrição de atividades ou de repouso)
		Limitar os estímulos ambientais (p. ex., luminosidade e barulho) para facilitar o relaxamento
		Limitar o número de interrupções por visitantes
		Orientar o paciente e pessoa significativa a notificar ao profissional de saúde responsável se os sinais e sintomas de fadiga persistirem

Fadiga é uma sensação esmagadora de exaustão e diminuição da capacidade de trabalho físico e mental no nível usual (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Sua presença está relacionada ao processo patológico, evidenciada por aumento dos sintomas físicos, como dificuldade em obter sono restaurador, dor, ansiedade e desconforto diante de situações estressantes, como sintomas oriundos de ICC, IAM, câncer e COVID-19 (DANTAS et al., 2020; COSTA, 2022).

Para a resolubilidade, espera-se que o enfermeiro reconheça o ambiente em que o paciente está inserido e o estimule a relatar como se sente durante a assistência, proporcionando melhora física e mental por meio de métodos naturais, medicina alternativa e métodos farmacológicos, atente-se aos SSVV com periodicidade e realize ausculta pulmonar e cardíaca, conforme

# CONJUNTO DE LIGAÇÕES NNN

apresentado neste conjunto (MENDES, BARICHELO, 2019; RODRIGUES; ALMEIDA, 2023).

Para êxito a esse conjunto é necessário que os membros componentes da assistência estejam atentos ressaltada a sinais de apatia, aumento dos sintomas físicos, capacidade prejudicada para manter as rotinas habituais, energia insuficiente e introspecção (ZUCHATTI et al., 2022)



# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Essa terceira seção, faz proposição a última (quinta) etapa do PE: reavaliação/avaliação final de enfermagem, para classificar os resultados obtidos, seguindo as definições da NOC.

Para sua contemplação foi realizada uma proposição de avaliação dos RE, seguindo os cinco critérios avaliativos da escala de *Likert* em 5 pontos que quantifica um resultado de menos a mais desejável. Isso evidenciará se os resultados foram alcançados ou se há necessidade de estruturar outro plano de cuidados (MOORHEAD et al., 2020).

Sugere-se que essa avaliação seja realizada em formato objetivo, a fim de avaliar as AE, ou o conjunto como um todo.

1	2	3	4	5
Muito fraco	Fraco	Moderado	Forte	Muito forte

# CONCLUSÃO

Para o cenário de emergência hospitalar foram propostos 26 ligações NNN, com 16 DE com foco no problema, 12 de risco e 1 de síndrome; 26 diferentes RE; 96 IE e 281 AE, distribuídas em 6 PFS.

As proposição contribui para melhorias no contexto local, quanto nacional, proporcionando acesso para a equipe de enfermagem, gestores e coordenadores de instituições emergenciais a um documento padronizado, científico e sistematizado; melhor desenvolvimento e articulação da equipe multidisciplinar no atendimento ao paciente, satisfação da clientela, organização dos fluxos e o gerenciamento de recursos humanos.

Essa inovação estimula didaticamente os enfermeiros ao raciocínio acurado do planejamento da assistência, e consecutivamente êxito na descrição e na prestação do cuidado pela equipe de enfermagem. Nesse sentido, sua aplicação contribui para uma assistência qualificada e motivada, uma vez que é direcionada às necessidades dos pacientes, levando em consideração que, no cenário atual, existem mecanismos para sua implementação.

O *ebook* dispõe de ferramentas tecnológicas com potencial inovador tanto pela proposição de atender a um cenário pouco evidenciado, bem como pelo estabelecimento de conjunto de ligações NNN específicos para emergência hospitalar adulto, direcionado por uma tipologia de enfermagem que orienta e refina os resultados da instrumentalização do PE.

# CONCLUSÃO

Destarte, no que tange as perspectivas futuras, espera-se que esse instrumento seja acessado por atuais e futuros enfermeiros da prática em emergência hospitalar do cenário brasileiro e estimule a performance do raciocínio acurado destes, a fim de proporcionar aplicação do PE que enaltece inúmeros benefícios para a instituição, para pacientes que receberão o cuidado, e para a equipe multiprofissional atuante, ressaltando a enfermagem. Paralelamente, espera-se publicar versão atualizada deste ebook embasada na NANDA-I 2024-2026.

# REFERÊNCIAS

AGUIAR, D. P. *et al.* Prevalência de dor crônica no Brasil: revisão sistemática. **BrJP**, São Paulo, v. 4, p. 257-267, 2021.

ALBUQUERQUE, N. L. S. *et al.* Associação entre acompanhamento em serviços de saúde e adesão terapêutica anti-hipertensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 6, p. 3006-3012, 2018.

ALMEIDA, T. E. F. A. *et al.* Caracterização clínica e mapeamento cruzado das intervenções de enfermagem para hipotermia no período intraoperatório. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 30, p. e20200463, 2021.

ALVES, L. F. *et al.* Aspectos do AVE isquêmico: uma revisão bibliográfica. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 4098-4113, 2022.

ALVES, M. G. *et al.* Conhecimento dos enfermeiros da atenção primária à saúde sobre a escala de Cincinnati. **Revista Atenas Higéia**, Passos, v. 1, n. 1, p. 35-40, 2019.

AMTHAUER, C.; CUNHA, M. L. C. Sistema de Triagem de Manchester: principais fluxogramas, discriminadores e desfechos dos atendimentos de uma emergência pediátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, p. e2779, 2016.

ANDRADE, J. V.; LINS, A. L. R. Diagnóstico de enfermagem sofrimento espiritual padronização e implementação na prática clínica: revisão integrativa. **Revista Eixos Tech**, Passos, v. 8, n. 1, 2021.



# REFERÊNCIAS

ARAÚJO, O. F. Diagnósticos de Enfermagem e Proposta de Intervenções ao paciente com aneurisma cerebral. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 25-34, 2014.

ARGENTA, C.; ADAMY, E. K.; BITENCOURT, J. V. O. V. (eds). **Processo de enfermagem: história e teoria**. Chapecó: Editora UFFS, 2020.

AZEVEDO, G. et al. Fisiopatologia e diagnóstico da nefropatia diabética: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, São José dos Pinhais, v. 5, n. 1, p. 3615-3637, 2022.

BARBOSA, A. S. et al. Caracterização dos incidentes de quedas de pacientes adultos internados em um hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, n. spe, p. e20180303, 2019.

BARROS, A. L. B. L. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, p. 864-867, 2009.

BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2020.

BATISTA, H. H. V.; NORONHA, A. P. P. Forças pessoais/de caráter e autorregulação emocional: Associações e evidências de validade. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 22, n. 1, p. 37-49, 2021.

# REFERÊNCIAS

BERNARDINELLI, F. C. P. *et al.* Tradução, adaptação e validação da escala Full Outline of UnResponsiveness para o português do Brasil. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 31, p. e20210427, 2022.

BERNARDO, A. F. C.; SANTOS, K.; SILVA, D. P. Pele: alterações anatômicas e fisiológicas do nascimento à maturidade. **Revista Saúde em Foco**, [S. l.], v. 1, n. 11, p. 1221-33, 2019.

BITENCOURT, G. R. *et al.* Teoria de enfermagem padrões funcionais de saúde no contexto hospitalar: avaliação segundo Meleis. **Global Academic Nursing Journal**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. e336, 2023.

BORGES, C. L. *et al.* Risk factors for urinary incontinence in institutionalized elderly. **ESTIMA**, São Paulo, v. 17, p. e0619, 2019.

BORGES, M. M. *et al.* Custo direto de internações hospitalares por doenças crônicas não transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 231-242, 2023.

BORBA, E. M. **Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com história de evasão hospitalar**. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.

BOTELHO, M. L. *et al.* Classification tree for the inference of the nursing diagnosis Fluid Volume Excess (00026). **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, p. e03682, 2021.

# REFERÊNCIAS

BOTELHO, M. L. *et al.* Análise de conteúdo do diagnóstico de enfermagem “Volume de líquido excessivo (00026)” em pacientes renais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, p. e20210058, 2022.

BRANCO, A. *et al.* Serviço de emergência hospitalar SUS: fluxos de atendimento a pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 11, n. 1, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Asis - Análise de Situação de Saúde**. Brasília: Universidade Federal de Goiás, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Identificação do paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Secretaria-Geral. **Lei nº 13.709 de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília: Diário Oficial da União, 2018.

# REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde:** Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Óbito:** manual de instruções para preenchimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19:** recomendações gerais, 2020.

BRENNAN, P. M.; MURRAY, G. D.; TEASDALE, G. M. Simplifying the use of prognostic information in traumatic brain injury: part 1: the GCS-pupils score: an extended index of clinical severity. **Journal Of Neurosurgery**, Chicago, v. 128, n. 6, p. 1612-1620, 2018.

BRINATI, L. *et al.* Prevalência e fatores associados à neuropatia periférica em indivíduos com diabetes mellitus Prevalence and factors associated with peripheral neuropathy in individuals with diabetes mellitus. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, Brasil, v. 9, n. 2, p. 347-355, 2017.

BRITO, M. V. N. *et al.* Papel do acompanhante na hospitalização: perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 14, p. e243005, 2020.



# REFERÊNCIAS

BUCTHER et al. **Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

CARDOSO, R. B.; CALDAS, C. P.; SOUZA, P. A. Uso da teoria do conforto de Kolcaba na implementação do processo de enfermagem: Revisão integrativa. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v. 8, n. 1, p. 1148-128, 2019.

CARDOSO, R. B. et al. Diagnóstico de enfermagem em idosos hospitalizados à luz da teoria do conforto de Kolcaba. **Revista de Enfermagem Referência**, [S. l.], v. V, n. 4, p. e20066, 2020.

CASTRO, L. S. et al. A família da criança com câncer em emergência oncológica pediátrica: revelando significados. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 32, p. e20220323, 2023.

CATELÃO, E. M. Quando se perde o sentido da vida: valores em textos de suicidas. **Revista Eletrônica de Estudos Integrados em Discurso e Argumentação**, Ilhéus, v. 19, n. 1, p. 47-67, 2019.

CAVALCANTE, E. S. et al. Sintomas de estresse e ansiedade em pacientes submetidos à hemodiálise em serviço de emergência. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde, Uberaba**, v. 11, p. e202250, n. 1, 2022.

CARDOSO, R. B. et al. Diagnóstico de enfermagem em idosos hospitalizados à luz da teoria do conforto de Kolcaba. **Revista de Enfermagem Referência**, [S. l.], v. V, n. 4, p. e20066, 2020.

# REFERÊNCIAS

CASTRO, L. S. *et al.* A família da criança com câncer em emergência oncológica pediátrica: revelando significados. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 32, p. e20220323, 2023.

CATELÃO, E. M. Quando se perde o sentido da vida: valores em textos de suicidas. **Revista Eletrônica de Estudos Integrados em Discurso e Argumentação**, Ilhéus, v. 19, n. 1, p. 47-67, 2019.

CAVALCANTE, E. S. *et al.* Sintomas de estresse e ansiedade em pacientes submetidos à hemodiálise em serviço de emergência. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v. 11, p. e202250, n. 1, 2022.

CEROL, P. *et al.* Mobilização precoce em pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, v. 2, n. 1, p. 49–58, 2019.

COLEMAN, J. **Exploring relationships between parenting style, perceived stress, coping efficacy and coping strategies in foster parents**. 2019. Tese (Doutorado) - Philadelphia College of Osteopathic Medicine, Philadelphia, 2019.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS (CONITEC). **Relatório para a sociedade**: Informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias no SUS – Alteplase para tratamento de embolia pulmonar aguda. Brasília: CONITEC, 2018.

# REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 736/2024**. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília: COFEN, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 619/2019**. Normatiza a atuação da Equipe de Enfermagem na Sondagem Oro/nasogástrica e Nasoentérica. Brasília: COFEN, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 661/2021**. Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco. Brasília: COFEN, 2021.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). **Anotações de enfermagem**. São Paulo: Coren-SP, 2022.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). **Guia de boas práticas de enfermagem em terapia nutricional enteral**. São Paulo: Coren-SP, 2023.

CORREIA, M. et al. **Roteiro de exame do sistema vascular periférico**. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 2020.

COSTA, C. V. et al. Conhecimento da enfermagem no tratamento de feridas. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, [S. l.], v. 15, p. e9221-e9221, 2021.

# REFERÊNCIAS

COSTA, D. D. M.; RAMOS, P. M. S. **Uso indiscriminado de contraceptivos de emergência: revisão de literatura.** 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Farmácia) – Centro Universitário FG, Guanambi, 2023.

COSTA, M. F. Modelo de crença em saúde para determinantes de risco para contaminação por coronavírus. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, p. 47, 2020.

COSTA, M. S. S. **Perfil dos pacientes atendidos no centro multidisciplinar de dor do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.** 2022. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

CUNHA, M. S. **Instrumento de consulta de enfermagem sistematizada para pacientes com insuficiência cardíaca: um estudo metodológico.** 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Graduação em Enfermagem e Licenciatura) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.

DANTAS, H. L. L. et al. Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. **Revista Recien**, [S. l.], v. 12, n. 37, p. 334-345, 2022.

DANTAS, T. P. et al. Diagnósticos de enfermagem para pacientes com COVID-19. **Journal Health NPEPS**, Tangará da Serra, v. 5, n. 1, p. 396-416, 2020.

DIAS, R. B. F. et al. Diagnósticos e intervenções de enfermagem a crianças com sinais respiratórios de gravidade da covid-19. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 35, n. 1, p. e37467, 2021.



# REFERÊNCIAS

FABRIC, P. L. C. et al. Tamponamento cardíaco: uma revisão bibliográfica. **RECIMA - Revista Científica Multidisciplinar**, [S. l.], v. 4, n. 4, p. e442984-e442984, 2023.

FARIAS, D. C. S. *et al.* Elaboração de um padrão de registro de enfermagem para Unidade de Pronto Atendimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 57, p. e20220253, 2023.

FERNANDES, M. I. C. D. *et al.* Teoria de médio alcance do risco de volume de líquidos excessivo. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, p. e20210513, 2022.

FERNANDES, B. K. *et al.* Diagnósticos de enfermagem para idosos frágeis institucionalizados. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 13, n. 4, p. 966-972, 2019.

FERRO, D. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico do paciente com doença crônica atendido em um serviço de emergência. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 7, p. e12010716263-e12010716263, 2021.

GODEGUEZ, T. S.; WATERS, C. Perfil epidemiológico e assistência de enfermagem a pacientes com aneurisma cerebral: uma pesquisa bibliográfica. **Brazilian Journal of Health Review**, São José dos Pinhais, v. 2, n. 3, p. 2049-2077, 2019.

GOLDNER, M. et al. A atuação do Enfermeiro em pacientes com sequelas da covid: articulação entre NANDA, NOC e NIC. **Revista Acadêmica Novo Milênio**, Vila Velha, v. 3, n. 5, p. 5-14, 2021.

# REFERÊNCIAS

GOMES, C. C. **Hipotermia perioperatória relacionada à cirurgia de grande porte: cuidados de enfermagem para sua prevenção**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Cidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

GORDON, M. Frameworks for the diagnostic process. In: **Nursing diagnoses: process and application**. New York: Mc-Graw-Hill, 1982. p. 63-109.

GRASSI, M. F. *et al.* Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem em pacientes com lesão renal aguda. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, p. 538-545, 2017.

GROOT, K. *et al.* Quality criteria, instruments, and requirements for nursing documentation: a systematic review of systematic reviews. **Journal of advanced nursing**, Oxford, v. 75, n. 7, p. 1379-1393, 2019.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. T. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional: definições e classificação 2021-2023**. 12. ed. Rio de Janeiro: Thieme; 2021.

JAIN, S.; IVERSON, L. M. **Glasgow Coma Scale**. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2021.

JANSEN, R. C, S.; SILVA, K. B. A.; MOURA, M. E. S. Braden Scale in pressure ulcer risk assessment. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, p. e20190413, 2020.

# REFERÊNCIAS

FERREIRA, C. I. V.; SIMÕES, I. M. H. Validação de protocolo de enfermagem para avaliação e diagnóstico de retenção urinária no adulto. **Revista de Enfermagem Referência**, [S. l.], v. 4, n. 23, p. 153-164, 2019.

FIGUEIROA, M. N. *et al.* Acolhimento do usuário e classificação de risco em emergência obstétrica: avaliação da operacionalização em maternidade-escola. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, 2017.

FONSECA, G. M. *et al.* Ansiedade e depressão em familiares de pessoas internadas em terapia intensiva. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 328-343, 2019.

FONSECA, G. S. G. B. *et al.* Acidente vascular encefálico e aneurisma cerebral: Uma revisão. **E-Acadêmica**, Vargem Grande Paulista, v. 3, n. 3, p. e0633273-e0633273, 2022.

GARCIA, T. R. Linguagem profissional e domínio da enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, p. e20190102, v. 28, 2019.

GALETTTO, S. G. S. **Lesões por pressão relacionadas a dispositivos médicos em pacientes críticos**: características clínicas e o olhar da enfermagem. 2018. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

GALVÃO, P. C. C. *et al.* Diagnósticos de enfermagem aplicados a pacientes com insuficiência cardíaca descompensada. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 2, p. 1-8, 2016.

# REFERÊNCIAS

GERÔNIMO, A. G. S.; MONTELES, A. O.; GIRÃO, A. L. A. Avaliação da implementação dos protocolos de segurança do paciente pela equipe de enfermagem em urgência e emergência. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 10775–10787, 2020.

GIMENES, A. B. et al. O registro da dor aguda em pacientes hospitalizados. **BrJP**, São Paulo, v. 3, p. 245-248, 2020.

KHATIBAN, M.; TOHIDI, S.; SHAHDOUST, M. The effects of applying an assessment form based on the health functional patterns on nursing student's attitude and skills in developing the nursing process. **International journal of nursing sciences**, Singapura, v. 5, n. 6, p. 329-333, 2019.

LANZA, A. T. F. *et al.* O consumo de álcool e seus principais efeitos deletérios no corpo humano: uma revisão descritiva. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 7, n. 6, p. 82–99, 2021.

LIMA, A. R.; PALMER, C. R.; NOGUEIRA, P. C. Fatores de risco e intervenções preventivas para lesão por pressão em pacientes oncológicos. **Estima**, São Paulo, v. 19, p. e1021, 2021.

LIMA, N. et al. FEZES: o que elas nos contam? **Revista de Ciência Elementar**, [S. l.], v. 7, n. 3, 2019.

LOPES, M. M. *et al.* Protocolo assistencial de Enfermagem para mensuração do volume vesical por ultrassonografia em pacientes de unidades de internação. **Brazilian Journal of Health Review**, São José dos Pinhais, v. 5, n. 5, p. 19873-19886, 2022.



# REFERÊNCIAS

MACHADO, T. L. et al. Diagnósticos de enfermagem ao idoso em instituição de longa permanência: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 13, n. 6, p. e7471-e7471, 2021.

MARQUES, T. M. L. S.; SILVA, A. G. Anatomia e fisiologia do sistema linfático: processo de formação de edema e técnica de drenagem linfática. **Scire Salutis**, Aracaju, v. 10, n. 1, p. 1-9, 2020.

MATTOS, S. M. et al. Recomendações de atividade física e exercício físico durante a pandemia Covid-19: revisão de escopo sobre publicações no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 25, p. 1-12, 2020.

MENDES, L. A. M.; GUARESCHI, A. P. D. F. Presença da família da criança nas situações de emergência e procedimentos invasivos: revisão integrativa. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 96-102, 2018.

MENDES, L. C.; BARICHELO, E. Intervenções no manejo da fadiga e qualidade de vida em pacientes em quimioterapia: estudo de revisão. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 24, p. e61790, 2019.

MENDES, K. M.; SILVA, N. M.; SILVA, V. V. Ações de enfermagem no controle e prevenção da hipotermia perioperatória inadvertida. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Brasília, v. 5, n. 11, p. 552-560, 2022.

# REFERÊNCIAS

MENDES, L. L. *et al.* A incorporação dos ambientes alimentares na Política Nacional de Alimentação e Nutrição: uma abordagem de possibilidades, avanços e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, p. e00038621, 2021.

MENESES, L. B. A. *et al.* Validação de intervenções para risco de integridade da pele prejudicada em adultos e idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, 2020.

MERINO, M. F. G. L. *et al.* Teorias de enfermagem na formação e na prática profissional: percepção de pós-graduandos de enfermagem. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 19, p. e3363, 2018.

MIRANDA, O. D. O. *et al.* Os cuidados de Enfermagem na Síndrome de Stevens Johnson/Necrólise Epidérmica Tóxica: Um Relato de Caso. **Enfermagem Atual in Derme**, Rio de Janeiro, v. 92, n. 30, p. 21-29, 2020.

MOORHEAD, S. *et al.* **Classificação dos resultados de enfermagem – NOC**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2020.

MORAES, C. L. K.; GUILHERME NETO, J.; SANTOS, L. G. O. A classificação de risco em urgência e emergência: os desafios da enfermagem. **Global Academic Nursing Journal**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 1-8, 2020.

MORAES, V. L.; MARCOMINI, E. K.; MARTINS, A. P. O. Q. Nurses in patient care in clinical sepsis framework: integrative review. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 10, p. e509111033008, 2022.

# REFERÊNCIAS

MORAIS, L. S. et al. Estratégias de interação com o paciente com diagnóstico de comunicação verbal prejudicada em unidade de terapia intensiva. **Nursing**, São Paulo, v. 21, n. 245, p. 2380-2384, p. 2380-2384, 2018.

MOTA, B. A. M.; MOURA-LANZA, F.; NOGUEIRA-CORTEZ, D. Efetividade da consulta de enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 21, n. 3, p. 324-332, 2019.

NASCIMENTO, E. M.; GARCIA, M. C.; CORNACCHIONE, E. Saúde mental dos professores de ciências contábeis: o uso de estratégias de enfrentamento do estresse. **Revista Contabilidade & Finanças**, São Paulo, v. 33, p. 150-166, 2021.

NASCIMENTO, S. S.; JESUS, C. A. C. Diagnósticos de enfermagem em urgência e emergência utilizando sistemas de King: estudo descritivo. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. e9737, 2022.

NUNES JUNIOR, J.; SILVA, D.; MAGNAGNAGNO, O. Análise comparativa dos prontuários eletrônico e físico sobre a segurança das informações. **FAG Journal of Health (FJH)**, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 177-181, 2021.

NUNES, K. A. N. *et al.* **Conjunto de Diagnósticos, Resultados e Intervenções NANDA-I – NOC – NIC para o ensino e o cuidado às crianças com acometimentos gastrintestinais e cardiopulmonares**. Vitória: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFES, 2020.

# REFERÊNCIAS

O que é Certificação de S-RES SBIS. [S. l.]: **Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS)**, 2023. Disponível em: <http://sbis.org.br/certificacao-sbis/#:~:text=A%20Certifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20S%20DRES%20SBIS%20est%C3%A1%20implementada%20como%20um,meio%20de%20um%20processo%20evolutivo>. Acesso em: 27 set. 2023.

OLIVEIRA, D. S. S.; ROQUE, V. A.; MAIA, L. F. S. A dor do paciente oncológico: as principais escalas de mensuração. **Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 26, p. 40-59, 2019.

OLIVEIRA, L. C. et al. Associação entre o padrão de sono e marcadores de risco cardiometabólicos de adolescentes. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 45177, 2020.

OLIVEIRA, F. F.; BOCCHI, S. C. M.; POPIM, R. C. Diagnóstico de enfermagem e o cuidado na dimensão espiritual: revisão integrativa. **Nursing**, São Paulo, v. 23, n. 265, p. 4141-4150, 2020.

PACHÁ, H. H. P. *et al.* Lesão por Pressão em Unidade de Terapia Intensiva: estudo de caso-controle. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, p. 3027-3034, 2018.

PARRA, G. E.; CORRÊA, A. P. V.; UEHARA, S. C. S. A. Assistência de enfermagem às pessoas suspeitas e/ou com diagnóstico de COVID-19: scoping review. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, Rio de Janeiro, v. 97, n. 1, p. e023023-e023023, 2023.



# REFERÊNCIAS

PEREIRA, G. A. *et al.* Hematúria no departamento de emergência. Revisão narrativa. **JBMEDE - Jornal Brasileiro de Medicina de Emergência**, [S. l.], v. 2, n. 3, p. e22014-e22014, 2022.

PIETSZYK, M. N. Papel da enfermagem na prevenção de Trombose Venosa Profunda. **Arquivos de Saúde do UniSantaCruz**, São José dos Pinhais, v. 1, n. 2, p. 46-62, 2023.

POMPERMAIER, C.; ZANELLA, G. Z.; PALUDO, E. Efeitos colaterais do uso dos contraceptivos hormonais orais: uma revisão integrativa. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc Xanxerê**, Joaçaba, v. 6, p. e27975-e27975, 2021.

PONTE, K. M. A. *et al.* Comfort requirements of patients assisted by the urgency and emergency service: implications for the nursing profession. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 925-930, 2019

PU, H. *et al.* Investigation on the early-stage nursing intervention for deep venous thrombosis intraumatic fracture senile patients in perioperative period. **Biomedical Research**, [S. l.], v. 28, n. 21, p. 9507-9510, 2017.

REIS, C. C. *et al.* Situações estressoras e estratégias de enfrentamento adotadas por enfermeiras líderes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 33, 2020.

RODRIGUES, A. *et al.* Intervenção do enfermeiro na prevenção de trombose venosa profunda no pós-operatório: revisão integrativa. **Revista de Investigação & Inovação em Saúde**, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 87-99, 2020.

# REFERÊNCIAS

ROSA, C. O. P. *et al.* Diagnósticos de enfermagem mais utilizados em um hospital de urgência e emergência considerando a taxonomia da NANDA. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 13, n. 2, p. e5210-e5210, 2021.

SAMPAIO, E. C. *et al.* Atuação do enfermeiro na classificação de risco através do Protocolo de Manchester nos serviços de urgência e emergência. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 3, p. e58011326592-e58011326592, 2022.

SANTANA, A. C. P. *et al.* Escala de coma de Glasgow: eficácia da reação pupilar como avaliação do paciente com trauma cranioencefálico. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde – ReBIS**, [S. l.], v. 4, n. 4, p. 55-62, 2022.

SANTANA, J. L. S. *et al.* Análise da dor crônica em pacientes com síndrome da dor miofascial de um ambulatório universitário na cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 42-57, 2021.

SANTOS, B. *et al.* Aplicação do processo de enfermagem na construção da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a um paciente com síndrome de Marfan associada a aneurisma dissecante da aorta: relato de experiência. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 2, p. e54311225564, 2022.

SANTOS, C. M.; PADULA, M. P. C.; WATERS, C. Fatores de risco e incidência de Pneumonia Hospitalar em Unidade de Internação. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 2, n. 5, p. 4866-4875, 2019.

# REFERÊNCIAS

SANTOS, M. C. C. *et al.* Atuação do enfermeiro na identificação precoce da sepse: uma revisão integrativa. **Scire Salutis**, v. 12, n. 1, p. 120-127, 2022.

SANTOS, M. T.; REPETTO, M. Educação escolar indígena: uma reflexão a partir da experiência na Escola Estadual Indígena Adolfo Ramiro Levi, Terra indígena Serra da Moça, Boa Vista/RR. **Articulando e Construindo Saberes**, Goiânia, v. 5, p. e6451, 2020.

SAUER, J. B. **Avaliação de falhas e efeitos do fluxo de transferência dos pacientes pediátricos da rede de atenção primária do município de Canoas**. 2018. Relatório Técnico (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, 2018.

SEGANFREDO, D. H. **Análise dos diagnósticos de enfermagem padrão respiratório ineficaz e ventilação espontânea prejudicada apresentados por pacientes adultos com oxigenoterapia em UTI**. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

SÁNCHEZ-MARTÍNEZ, Y. *et al.* Association between leisure-time and commute physical activity and pre-diabetes and diabetes in the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 20, n. 1, p. 806, 2023.

SILVA, A. B. *et al.* Registro eletrônico de saúde em hospital de alta complexidade: um relato sobre o processo de implementação na perspectiva da telessaúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 1133-1142, 2019.

# REFERÊNCIAS

SILVA, B. E. G. *et al.* Construção e validação de um guia de auditoria interna nos registros de enfermagem em ambiente hospitalar. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 15, n. 7, p. e10603-e10603, 2022.

SILVA, D. I. S. *et al.* Treinamento multiprofissional sobre a identificação precoce de sepse e choque séptico: relato de experiência. **Bionorte**, v. 12, n. Supl.5, 2023.

SILVA, D. P. *et al.* Risco de lesão por pressão entre usuários de unidades de pronto atendimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 41, p. e20190334, 2020.

SILVA, G. K. S. *et al.* Aplicabilidade da teoria do autocuidado na sistematização da assistência de enfermagem à pessoa com doença renal crônica. **Brazilian Journal of Development**, São José dos Pinhais, v. 7, n. 6, p. 56446-56461, 2021a.

SILVA, L. A. *et al.* A atuação do enfermeiro frente a classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: uma revisão de literatura. In: DAL MOLIN, R. S. (Org.). **Teoria e Prática de Enfermagem: da atenção básica à alta complexidade**. Guarujá: Editora Científica, 2021b.

SIQUEIRA, B. S. S.; MELO, F. G. Diarreia no paciente crítico: conhecimento e conduta de profissionais de unidades de terapia intensiva. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 10, n. 1, p. 33-42, 2021.

SOUSA, E. S. *et al.* A influência das crenças religiosas na intenção empreendedora: uma análise sob a perspectiva da Teoria do Comportamento Planejado. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 200-215, 2020.



# REFERÊNCIAS

SOUSA, K. H. J. F. *et al.* Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, p. e20180263, 2019.

SOUZA, A. T. G. *et al.* Complicações e cuidados de enfermagem relacionados à gastrostomia: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, Rio de Janeiro, v. 95, n. 35, 2021.

SZPALHER, A. S.; BATALHA, M. C. Arritmias cardíacas: Diagnósticos de enfermagem baseados na taxonomia da NANDA-I (2018-2020). **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 11, n. 17, p. e1447-e1447, 2019.

SOUZA, V. M. A. F. *et al.* Diagnóstico de Enfermagem Síndrome do Idoso Frágil: revisão integrativa. **Rev. Rene**, v. 24, e81342, 2023 .

TANIGUCHI, L. U.; PIRES E. M. C.; JUNIOR, J. M. V.; AZEVEDO, L. C. P. Critérios para síndrome de resposta inflamatória sistêmica e predição de mortalidade hospitalar em pacientes críticos: estudo retrospectivo de coorte. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 29, n. 3, p. 317-324 , 2017.

TASSINARY, J. Raciocínio clínico aplicado à estética facial. [S. l.], **Ed. Estética experts**, 2019.

UNAMUNO, M. R. D. L.; MARCHINI, J. S. Sonda nasogástrica/nasoentérica: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 35, n. 1, p. 95-101, 2002

# REFERÊNCIAS

VIEIRA, C. P. B.; ARAÚJO, T. M. E. Prevalência e fatores associados a feridas crônicas em idosos na atenção básica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, 2018.

VIVEIROS, W. L. *et al.* Dor no serviço de emergência: correlação com as categorias da classificação de risco. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, p. e3070, 2018.

WIERSINGA, W. J.; VAN DER POLL, T. Imunopatofisiologia da sepse humana. **EBioMedicina**, v. 86, 2022.

ZUCHATTI, B. V. *et al.* Validação clínica do diagnóstico de enfermagem fadiga (00093) em mulheres no pós-parto hospitalar imediato. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 56, p. e20210530, 2022.

